



FoU SJUHÄRAD
VÄLFÄRD

Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Slutrapport

Margareta Carlén
Mikael Löfström
Christer Theandersonson



Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Slutrapport

Margareta Carlén
Mikael Lofström
Christer Theandersson

RAPPORT NR 34, 2014
ISBN 978-91-85025-30-5

Redigering
PIA MATTZON, PIAMAZ PRODUKTION

Tryck
RESPONSTRYCK, MAJ 2014

Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

FoU Sjuhärad Valfärd | *Slutrapport*

Författare

Margareta Carlén

Mikael Lofström

Christer Theandersson

© **Författarna**

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport
– helt eller delvis – är förbjudet utan medgivande av författarna.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FoU Sjuhärad Vård | Rapport nr 34, 2014

OM UTVÄRDERINGENS UTGÅNGSPUNKTER.....	9
Utvärderingens inriktning	9
Resultat för brukarna/patienterna	10
Implementering av Närvårdssamverkan.....	11
Gränsproblematik vid samverkan	12
Utvärderingens perspektiv, frågeställningar och syfte.....	19
Utvärderingens genomförande.....	22
Delstudie A: Ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan.....	22
Delstudie B: Enkätstudien	24
Delstudie C: Närvårdsområdenas samverkansproblematik	27
REDOVISNING AV DELSTUDIERNAS RESULTAT.....	29
Redovisning av ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan (Delstudie A)	29
Starten av Närvårdssamverkan.....	32
Närvårdssamverkan – övre ledningsstruktur	34
Närvårdssamverkan – nedre ledningsstruktur	46
Sammanfattningsvis.....	56
Enkätstudien (Delstudie B)	60
Inledning.....	60
Urvalet vid första undersökningstillfället	60
Urvalet vid andra undersökningstillfället.....	61
Resultat.....	63
Sammanfattningsvis.....	76
Att samverka i arbetet med patienter/brukare (Delstudie C)	78
Gränsdragningar	79
Utmaningar	95
Styrning och ledning.....	104
Värdet av att lära känna varandra	114
Sammanfattningsvis.....	126

GEMENSAM AVSLUTANDE DISKUSSION	129
Förväntningar och förutsättningar för Närvårdssamverkan.....	129
Gränser och samverkan.....	132
Börja underifrån	136
Mötesdramaturgin i samverkan.....	137
Är nätverksstyrning ett alternativ?	140
Referenser	143
Bilagor	147
Bilaga 1. Urval och svarsfrekvens för delstudie B i 2012 års undersökning.....	147
Bilaga 2. Sammanställningar närvårdssamverkan.....	155
Bilaga 3. Urval och svarsfrekvens för delstudie B i 2013 års undersökning.....	161
Bilaga 4. Urval delstudie C inom områdena psykiatri och funktions- nedsättning vid var och en av de utvalda närvårdsområdena	165
Bilaga 5. Enkät om implementeringen av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	166

OM UTVÄRDERINGENS UTGÅNGSPUNKTER

Närvårdssamverkan har sin direkta början i de planer om samverkan kring vård och omsorg som företrädare för Västra Götalandsregionen och kommunerna i området Södra Älvsborg började utveckla 2007. Dessa planer tog efterhand form av en struktur som benämns Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Den är geografiskt avgränsad och inbegriper de vård- och omsorgsformer som tillhandahålls av de offentliga och privata huvudmännen inom detta område. Från kommunernas sida riktar sig insatserna till medborgare som är i behov av sociala insatser, omsorg och vård. Västra Götalandsregionens insatser handlar om hälso- och sjukvård med primärvården som en central del. Närvårdssamverkan uppstår när någon av huvudmännens ingående verksamheter har ett behov av att samverka med någon av de andra huvudmännen.

Det är i detta sammanhang som en struktur för Närvårdssamverkan skapas med syfte att främja och stödja samverkan mellan regionen och kommunerna. Närvårdssamverkan ska ge möjligheter att utveckla gemensamma stödprocesser och vårdprogram för de målgrupper som har behov av att huvudmännen samverkar kring vård- och omsorgsinsatser. Målet för Närvårdssamverkan är att medborgare ska uppleva insatser som en helhet utan gränser och med effektivt utnyttjande av gemensamma resurser.

För ändamålet skapades en ledningsstruktur på politisk nivå och på förvaltningsnivå som ska främja och leda samverkan mellan kommunerna och regionen på den operativa verksamhetsnivån. Varje kommun är ett närvårdsområde och utgör basen för samverkan kring olika målgrupper. För Närvårdssamverkan Södra Älvsborg bildades ett politiskt samrådsorgan med uppdrag att föra dialog kring gemensamma närvårdsfrågor. Som stöd för samverkan inrättades även ett närvårdskansli med syfte att koordinera, stödja, förbereda, delta och följa upp Närvårdssamverkan. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg startade våren 2011.

Utvärderingens inriktning

Närvårdssamverkan har som främsta syfte att öka nyttan för brukarna av de olika välfärdstjänsterna genom att främja koordineringen mellan kommunernas och regionens verksamheter i området. Det medför att man genom

Närvårdssamverkan etablerar specifika forum för samverkan utöver den samverkan som förväntas ske i den operativa verksamheten. Dessa samverkansforum medför nya gränssnitt för ledningsstrukturen liksom en förväntan på en ökad koordinering av den operativa verksamheten. Det som karakteriserar satsningen på Närvårdssamverkan är således samverkan mellan olika politiska beslutsrum, förvaltningsledningar och operativa verksamheter med stöd av ett administrativt kansli. Det gör att utvärderingen kommer att uppmärksamma tre områden: närvårdssamverkans genomslag hos de som arbetar närmast patienter/brukare, implementeringen av satsningen och den inrättade ledningsstrukturen.

Resultat för brukarna/patienterna

Närvårdssamverkan startades med huvudsyfte att främja välbefinnande och hälsa för medborgarna i närvårdsområdet. Det innebär att det finns en förväntan på att implementering av reformen ska leda till att man i verksamheter som habilitering, omsorg, primärvård, sjukhusvård, skola (främst elevvård) och socialtjänst ska kunna påvisa ett resultat. Ett resultat som framför allt ska komma de brukare/patienter som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region till godo. Exempel på målgrupper som särskilt uppmärksammas i satsningen är: barn och unga med en utsatt situation, äldre multistjuka och multistviktande, personer med psykisk ohälsa, personer med funktionsnedsättning och personer med behov av vård i livets slutskede.

Närvårdssamverkan syftar till att brukare/patienter i målgrupperna inte ska uppleva gränsdragningar mellan huvudmännen och den vård- och omsorgsprocess som erbjuds till dem. Utvärderingen har därför som avsikt att identifiera signifikanta strukturer och processer som är centrala för uppmärksammade målgrupper med syfte att studera på vilket sätt de påverkas av implementeringen av Närvårdssamverkan. Intressant blir därför att undersöka resultat ur patient-/brukarperspektiv genom att studera delvis nya arbetsformer och mer samordnade rutiner som framträder med anledning av införandet av Närvårdssamverkan. Däremot är det inte möjligt att inom den tidshorisont som gäller för utvärderingen studera effekterna av implementeringen i bemärkelsen vilken skillnad Närvårdssamverkan medför för berörda brukare/patienter.

Implementering av Närvårdssamverkan

Implementering av Närvårdssamverkan sker bland annat genom upprättande av stöd- och ledningsstrukturer med syfte att befrämja och stödja närvårdssamverkan inom närvårdsområdena på lokal nivå och övergripande inom delregionen Södra Älvsborg. Det ska möjliggöra utveckling av samordning av gemensamma insatser inom alla de aktuella verksamhetsområdena såsom habilitering, omsorg, primärvård, sjukhusvård, skola – elevvård och socialtjänst.

Inrättandet av ett närvårdskansli med funktionen att stödja och koordinera Närvårdssamverkan är en central del av implementeringen. Det gäller även upprättandet av närvårdsområden och konstituerandet av de olika politiska och tjänstemannamässiga styrorganen för Närvårdssamverkan. Kansliet och styrorganen är en del av den nya organiseringen av närvårdssamverkan och utvärderingen studerar därför hur upprättande och införande av dessa sker. Det medför att Närvårdssamverkan planeras för att implementeras från ett ledningsperspektiv ner i den operativa verksamheten. Förhållandet att implementera uppifrån-och-ner bär på idén att ledningen för Närvårdssamverkan ska fatta beslut som sedan implementeras i de verksamheter som berör de olika målgrupperna för Närvårdssamverkan (se Hill & Hupe, 2005). Det blir därför centralt för utvärderingen att närmare studera vilken roll kansliet tillsammans med styrorganen har för det gränsöverskridande arbete.

När det gäller den operativa verksamheten kommer även chefer på flera nivåer hos huvudmännen ha en avgörande roll som ansvariga för implementeringen av Närvårdssamverkan i den egna verksamheten. Även professionerna kommer som utförare av verksamheten att spela en roll vid implementeringen av samarbetsformer och vid förändrade arbetsmetoder. Det är i mötet med brukarna som de utformar sitt sätt att arbeta (se Lipsky, 1980). Det gör det intressant för utvärderingen att titta på hur organiseringen av närvårdssamverkan sker, vilken roll cheferna tar vid införandet och hur den professionella autonomi balanseras mot ökad integration mellan professionerna.

Gränsproblematik vid samverkan

Närvårdssamverkan är ett försök att hantera gränsdragningsproblematiken mellan olika huvudmän och deras operativa verksamheter, vilket i första hand berör den samverkan som förväntas ske mellan kommun och region inom varje närvårdsområde. Men eftersom Närvårdssamverkan är en gemensam satsning så har samverkan även att hantera det kommunala självstyret. För samverkan innebär självstyret framför allt att det finns ett gränssnitt mellan alla de i Närvårdssamverkan ingående kommunerna och regionen, men även mellan de olika närvårdsområdena. Inom de kommuner och den del av regionen som ingår i Närvårdssamverkan finns också flera olika förvaltningar och verksamhetsgrenar, vilket ger ytterligare gränssnitt för samverkan. Inom ramen för detta sker möten mellan olika verksamheter och därmed mellan olika yrkesgrupper och professioner i det att olika målgrupper har behov av kontakt med flera verksamheter och professioner.

Problematiken präglas av ett behov att öka integrationen mellan beslutsfattande, genomförande och kunskapsutveckling i de olika verksamheterna. En ökad integration medför att de befintliga gränserna som konstituerar huvudmännens strukturer och ledningssystem utmanas, vilket även gäller gränser för professionernas kompetens, normer och värderingar. Det blir därför intressant att studera vilka befintliga gränser som utmanas, på vilket sätt och av vilken anledning. Men det blir även viktigt att studera vilka nya gränser som konstrueras och på vilket sätt det sker.

Närvårdssamverkans intentioner ligger i linje med en större samhällstrend där vi under de senaste decennierna bevittnat en ambition att förbättra tjänsternas kvalitet och effektivitet i det svenska välfärdsystemet genom samverkan mellan lokala myndigheter (Åhgren & Axelsson, 2005; 2007; 2011). Det upplevda behovet av förbättrad samverkan torde i alla fall delvis vara beroende av att senare års ambitioner att göra lokala välfärdsenheter till mer regelrätta och kompletta organisationer med tydliga gränser i förhållande till sin omgivning, där kostnader och tillgångar definieras som interna eller externa (Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000:725). Tydligare gränser med decentraliserat resultatansvar kan försvåra samverkan, särskilt i tider av budgetnedskärningar. Men tidigare forskning har också

visat att interorganisatorisk gränsproblematik kan relateras till diskrepans i myndigheters lagstiftning, politiska styrning, yrkeskompetens och kultur (Hensing et. al., 1997; Hultberg et. al., 2002).

Framväxten av interorganisatorisk organisering (läs samverkan) är en del av den utveckling som benämns som governance eller interaktiv samhällsstyrning som präglas av teoretisering kring styrning av olika interorganisatoriska samverkansformer (Montin & Hedlund, 2009). Teorierna behandlar främst frågan hur man kan styra och reglera nätverk av välfärdsproducerande organisationer. Nätverksorganiseringen anses således skilja sig ifrån de hierarkiska byråkratierna och hur de brukar styras. I detta perspektiv är nätverket i sin helhet uppmärksammat och hur det styrs, samt vilka effekter det kan ha för välfärdens utveckling och förmågan att hantera problem och utmaningar. Ett alternativ till mer traditionell styrning är således vad som benämns samordnad nätverksamverkan (governability theory) och som tar fasta på den horisontella koordineringen av samverkan mellan självständiga aktörer (Sørensen & Torfing, 2007; Johansson, 2013). Utgångspunkten är att det införs spelregler för att uppmana och uppmuntra till ökad samordning, vilket är ett svar på behovet av att hantera den komplexitet och diversifiering av välfärdens tjänster och organisering som föreligger. Den organisering och styrning som behövs för att utveckla samverkan mellan oberoende aktörer kan inte ske inom ramen för hierarkiska eller marknadsorienterade modeller (Powell, 1990; Hertting, 2003; Sørensen & Torfing, 2007).

Samverkan är intimt relaterat till gränser. Gränser i samband med samverkan kan dock ses på olika sätt. Gränser kan skapas inom offentliga organisationer likaväl som mellan olika huvudmän. I båda fallen skapas gränser genom beskrivningar av uppgifter och ansvar samt genom att olika resurser identifieras och kopplas till aktiviteter. Samverkan kan innebära att gränser – utöver att de konstrueras – är klara eller oklara, att de överskrids eller bibehålls, att de förflyttas etcetera. Samverkan kan vara ett försök att överskrida gränser som tidigare kontrollerat en viss offentlig verksamhet, gränser som ofta vuxit fram under en längre tid och som kommit till uttryck i regler, administrativa system och olika principer för välfärdens organisering (Löfström, 2010).

En typ av gränser som konstrueras vid samverkan är de som sker vid mötet mellan olika huvudmän och verksamheter. Ett möte mellan olika professioner och praktiker. Mötet är nödvändigt för att kunna åstadkomma någon form av kunskaps- och informationsutbyte mellan olika företrädare i verksamheten. För att få till ett möte mellan professioner föreligger några premisser där de mest framträdande förmodligen är att det finns ett intresse av att samverka med andra och att det finns en kollegial likvärdighet i mötet (Löfström, 2001). För att detta ska vara möjligt krävs en frånvaro av olika asymmetrier i fråga om makt. Det kan till exempel handla om olika professioner har en likvärdig auktoritet och att det finns en icke-hierarkisk struktur. Emellertid finns det studier som påvisar svårigheten eller omöjligheten i att genomföra möten där det inte föreligger en asymmetrisk maktrelation (se Alvesson, 1991). Trots det är det centralt vid samverkan att få till dessa möten. Det blir därför viktigt att utgå från att det kan föreligga en asymmetri i de olika möten som sker i samverkan. Förutsättningen är således att det föreligger ett asymmetriskt möte mellan professioner som utgår från förväntningar på vad olika roller ska presentera, målsättningar med verksamheten och institutionaliserade föreställningar om de andra. I mötet lyfts professionens funktion och relation fram i förhållande till andra professioner. Detta blir tydligt i befogenheter, prestige, förmåga, det vill säga vilken auktoritet som professionen kan utöva i olika verksamheten och i olika möten (Beckman, 1989).

Inom organisationsteorin finner vi dock även andra perspektiv på fenomenet gränser. En grundläggande föreställning inom den strukturella organisationsteorin är att effektivitet säkerställs genom specialisering där gränser tydliggörs ifråga om arbetsuppgifter och uppdrag, samtidigt som samordning mellan olika uppdrag och arbetsuppgifter säkerställs med hjälp av olika samordningsmekanismer (se t.ex. Mintzberg, 1983). Teoritraktionen inbegriper även ett rationellt ledningsperspektiv där det antas att (1) ledningen fattar beslut utifrån rationella överväganden med fokus på organisationens effektivitet och (2) att dessa beslut är inriktade mot att skapa en för verksamheten ändamålsenlig organisationsstruktur. I linje med detta antas att specialisering och samordning företrädesvis sker genom tillskapandet av arbetsbeskrivningar, organisationsscheman, policys, styr-

dokument, vårdprogram och rutiner. Formell vertikal samordning kompletteras med lateral samordning i form av möten och ömsesidig anpassning i arbetets dagliga organisering (Bolman & Deal, 2013). På detta sätt upprätthålls och regleras gränser internt såväl externt gentemot organisationens omvärld.

Institutionell teori tillhandhåller istället ett perspektiv där det rationella ifrågasätts som en kraft för förändring, utvecklig och organisering av offentliga verksamheter. Perspektivet betonar istället att det är förväntningarna som gör att offentliga verksamheter kommer att organisera sin verksamhet på ett visst sätt (Meyer et al, 1977). Behovet av att legitimera sin verksamhet utifrån dessa förväntningar anses därför driva på verksamheter inom ett visst organisatoriskt fält, såsom vård- och omsorgsfältet, att organisera sin verksamhet på ett likartat sätt (DiMaggio & Powell, 1983). Vad som är "rätt" sätt att organisera styrs därmed i hög grad av konformistiska föreställningar, än av rationella överväganden med utgångspunkt i verksamhetens mål eller uppdrag. Detta leder till frågan varför olika gränser har utvecklats genom samverkan mellan offentliga organisationer. Svaret detta perspektiv ger är att det varken handlar om specialisering eller brist på förmåga från de enskilda organisationerna att uppfylla användarnas behov som är förklaringen. Förklaringen ska snarare sökas i institutionaliserade föreställningar om vad som är bra organisering av den offentliga sektorn. Denna process där organisationer kommer att likna varandra till formen kallas inom institutionell teori för isomorfism. Sådana processer visar sig bland annat i normer för arbetets organisering där patientfokusering genom teamarbete och samverkan utgör ett centralt tema inom vård- och omsorgsfältet (Theandersson, 2010).

Homogeniseringstesen har dock problematiserats. Huruvida verksamheter inom ett visst fält endast blir passiva avspeglings av normativa förväntningar inom fältet är en empirisk fråga. Organisationer har en betydande självständighet på så sätt att normativa krav uppfattas och tas emot på olika sätt. Under 1980- och 1990-talet genomfördes många fallstudier av offentliga förändringsprocesser där en vanlig slutsats var att många förändringsprocesser stannar i ledningssfären utan effekt på arbetsprocesserna i den operativa verksamheten (Hasselblad et. al., 2008:64). Slutsat-

sen forskarna drog av dessa studier var att den symboliska funktionen av nya formella organisationsstrukturer frikopplas från den ”faktiska” materiella arbetspraktiken. De förändringar som består är alltså i detta perspektiv av ceremoniell karaktär i form av språk och symboler. Det har dock riktats kritik mot denna så kallade frikopplingstes där det antas att det symboliska frigörs från den materiella arbetspraktiken. Till exempel har det påpekats att det kan vara svårt för verksamheter att värja sig mot förändringsprocesser när styrpraktiker och regler kopplas till ekonomiska mått och allokeringsystem som integreras i det dagliga arbetets struktur och på så sätt etablerar en genomträngande kontroll av arbetet (Hasselblad et. al., 2008:68). Genomslaget av förändringsprocesser och insatser torde också vara beroende av andra institutionella omständigheter, t.ex. huruvida förändringsprocesser backar upp av lagstiftningar och förordningar, eller ligger i linje med professionella gruppers normer och värderingar (Lonsbury & Ventresca, 2004; Theanderson, 2010).

I likhet med andra förändringsprocesser så behöver insatser för att få tillstånd interorganisatorisk samverkan inom ett visst fält inte nödvändigtvis resulterar i faktisk samverkan. Faktorer som visat sig försvåra interorganisatorisk samverkan är olikheter i lagstiftning och polisk styrning samt brist på resurser och separat finansiering (Löfström, 2010) En annan viktig faktor i sammanhanget är om det råder konsensus kring vad som tillhör de berörda organisationernas rättmätiga domän (Lindqvist, 2000). Konsensus i detta avseende torde underlätta samverkan, medan konkurrens torde försvåra samverkan. Konkurrens innebär i detta sammanhang att organisationer inom ett visst fält opererar och tävlar om att få ta hand om eller att slippa utföra vissa uppgifter.

Tabell 1 belyser sex olika aspekter av fenomenet organisatoriska gränser kopplat till samverkan. För det första kan vi tänka att organisationer som är mer eller mindre beroende av varandra konstruerar gränser gentemot omvärlden utan samverkan (fält 1 och 2). Detta utesluter dock inte att interorganisatoriskt samarbete kan förekomma, t.ex. genom att flera organisationer genomför olika insatser gentemot en viss patient/brukare som eventuellt kan samordnads genom överförings- och remissystem. Samverkan genom ett tätare samarbete i form av gemensamma beslut eller

gemensam verksamhet förekommer dock inte. En andra möjlighet är att organisationer som är beroende av varandra konstruerar organisatoriska gränser genom samverkan (fält 3 och 4). Detta sker genom att berörda organisationer tydliggöra sina gränser gentemot varandra, t.ex. i fråga om ansvar för insatser i förhållande till patienter/brukare. För det tredje kan vi tänka att organisationer samverkar med varandra för att överskrida sina organisatoriska gränser (fält 5 och 6). I detta fall kan samverkan leda till en integration av berörda verksamheter. Det kan vara en konceptuell integration och behöver då inte sträcka sig längre än till ett konsensusbeslut, t.ex. i form av ett gemensamt förhållningssätt gentemot patienter/brukare. En verksamhetsmässig integration kräver dock att de samverkande organisationerna sätter upp en gemensam verksamhet. Viktigt att betona i detta sammanhang är att när interorganisatoriska gränser överskrids så skapas alltid nya gränser.

För var och en dessa tre möjligheter ifråga om organisatoriska gränser och samverkan, som illustreras i tabell 1, kan vi härutöver tänka oss en formell och en operativ nivå. Den formella nivån omfattar formella gränser i form av uppdrag och ansvarsområden, överförings- och samordningssystem samt policys och beslutsstrukturer. Den operativa nivån omfattas av den materiella arbetspraktiken där berörda organisationer översätter formella eller konstruerar informella gränser inom ramen för det dagliga arbetet. Det är relationen mellan den formella och den operativa nivån som problematiserats inom institutionell organisationsteori, bland annat genom den ovan refererade debatten mellan homogeniserings- och frikopplingstesens. Relationen mellan den formella och operativa nivån problematiseras härutöver även av implementeringsforskningen vilket kommer att behandlas mer ingående längre fram.

Tabell 1. Gränser och samverkan på formell och operativ nivå.

	Gränsdragning utan samverkan	Gränsdragning genom samverkan	Överskridande av gränser genom samverkan
Formell nivå	1. Organisationer konstruerar formella gränser utan samverkan, t.ex. i form av uppdrag och ansvarsområden. Eventuell samordning genom formellt överförings- och samordningssystem.	3. Samverkan för att konstruera formella organisatoriska gränser, t.ex. i form av uppdrag eller ansvarsområden.	5. Samverkan för att överskrida formella organisatoriska gränser, t.ex. i form av en gemensam policy avseende förhållningssätt till patienter/brukare.
Operativ nivå	2. Organisationer översätter formella eller konstruerar informella organisatoriska gränser utan samverkan inom ramen för en arbetspraktik. Eventuell samordning genom tillämpning av överförings- och samordningssystem	4. Samverkan för att översätta formella eller konstruera informella organisatoriska gränser kopplade till en materiell arbetspraktik, t.ex. i form av uppdrag och arbetsområden.	6. Samverkan för att överskrida organisatoriska gränser i en materiell arbetspraktik, t.ex. genom att översätta en gemensam formell policy eller konstruera ett gemensamt informellt förhållningssätt till patienter/brukare.

Att enbart samordna resurser genom formella strukturer såsom organisationsscheman, arbetsbeskrivningar och remissystem har visat sig otillräckligt (Lindberg, 2002). En viktig orsak till detta är att tjänster inom välfärdssektorn ofta kräver individuell anpassning och integration av arbetsprocesser som är åtskilda i tid och rum. Av denna anledning kräver ofta arbetsprocesser av välfärdstjänster samverkan mellan olika professioner och lokala myndigheter. Tidigare forskning indikerar att lyckade interventioner för att förbättra samverkan bygger på en delikat avvägning mellan att klargöra gränser och att överbrygga gränser genom integration av system, normer och värderingar (Lofström, 2010). Samverkan inom den offentliga sektorn kan ses som möten mellan olika institutionella roller som till stor del bestäms av lagstiftning och professionell standard med varierande grad av olika logiker, normer och status. Lindberg (2002) menar därför att det finns anledning att tro att samverkan som bygger på alltför stark strävan mot integration i form av standardisering och samförstånd leder till konflikt. Tidigare forskning indikerar att samverkan

mellan lokala myndigheter inom hälso- och sjukvården måste vara baserad på en annan typ av integration som bygger på lojalitet och förtroende samt deltagarnas kunskap och förståelse för varandras metoder, där olika metoder fortfarande bibehåller sin självständighet samtidigt som deltagarna klargör skillnader för varandra (Lindberg, 2002).

Utvärderingens perspektiv, frågeställningar och syfte

En nästan självklar frågeställning när en utvärdering planeras för att bedöma en insats av något slag är; har den planerade förändringen uppnåtts? I det här fallet om implementeringen av närvårdssamverkan har åstadkommit en ökad samverkan och därmed uppfyllt sitt mål. Det är en klassisk utvärderingsfråga och en angelägen fråga inte minst för politiker, chefer och ansvariga för Närvårdssamverkan. Frågan utgår från ett rationellt planeringstänkande, som ligger i linje med antagandena i den ovan beskrivna strukturella organisationsteorin, där man förutsätter att förändringar kan designas och implementeras av ledningen som en enkel händelsekedja. Efter ett politiskt beslut sker implementering, vilken kan utvärderas. Tydliga mål och en klar design är här villkor för att kunna besvara frågan om målen uppnåtts med implementeringen. Detta betraktas inom implementeringsforskningen som en hierarkisk linjär modell. Det är i viss utsträckning en idealtypisk beskrivning av implementering av policy, en renodlad modell som har sina begränsningar (John, 1998). När det gäller Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg, och en övervägande del av förändringssatsningar i allmänhet, kan det trots försök att formulera tydliga mål och designa förändringar vara ett alltför komplext genomförande för att reducera bedömningen till fråga om måluppfyllelse.

Den klassiska diskussionen inom implementeringsforskningen och som under lång tid präglade utvecklingen av implementeringsteorier gör en distinktion mellan ett uppifrån-och-ner-perspektiv (top-down) och ett nerifrån-och-upp-perspektiv (bottom-up) (Hill & Hupe, 2005). Trots att denna distinktion tar sin utgångspunkt när implementeringsforskningen hade sin begynnelse under 1970-talet är det fortfarande många empiriska studier som ansluter sig till de begrepp och resonemang som präglar den diskussionen om implementering (Pressman & Wildavsky, 1973). Upp-

ifrån-och-ner-perspektiv kännetecknas i stor uträkning av det som ovan benämndes den hierarkiska linjära implementeringsmodellen. I detta perspektiv utgår man från ledningens möjligheter att besluta om nya strukturer i form av policys, *mål*, riktlinjer och rutiner som sedan ska verkställas operationellt. Beslutsfattare kan i det här sammanhanget vara *såväl politiker* som tjänstemän som reglerar gränserna för den operationella verksamheten genom olika former av insatser av huvudsakligen strukturell art. Studier av implementering kommer utifrån ett sådant uppifrån-och-ner-perspektiv att uppmärksamma vilken problematik det finns med att uppnå mål eller operationalisera fattade beslut (Pressman & Wildavsky, 1973). Till den diskussionen har även ett resonemang kring organisatoriska förutsättningarna för implementeringsprocessen och andra komplexa faktorer som inverkar på implementeringen fått större utrymme (Van Meter & Van Horn, 1975). Här betonas bland annat kompetens och resurser för att åstadkomma implementering som viktiga förutsättningar, liksom strukturer, rutiner och ansvarsfördelning för genomförandet.

Nerifrån-och-upp-perspektiv kom som en reaktion på den rationella logik som utvecklats i uppifrån-och-ner-perspektiv. Utgångspunkten togs här i stället i den operationella arbetspraktiken som satte förutsättningarna för implementeringen (Hill & Hupe, 2005). Det är i första hand Lipsky, (1980) som anses vara upprinnelse till detta perspektiv genom sitt resonemang om gräsrotsbyråkraterna (the street-level bureaucrats), vilket är human-service organisationernas personal som möter dessa organisationers brukare (klienter/patienter). En av hans poänger med det är att gräsrotsbyråkraterna utformar sin verksamhet utifrån den osäkerhet och oförutsägbarhet som präglar deras arbetspraktik. Det gör att verksamheten svårt kan styras genom att ledningen beslutar om ny policys, mål och rutiner som sedan ska följas och uppfyllas i den operativa verksamheten. Genom sin kontakt med brukarna får gräsrotsbyråkraterna en information som ledningen inte nödvändigtvis har och det medför att det krävs att de gör självständiga bedömningar och att anpassar regelverket till det enskilda fallet. Vilket handlingsutrymme de har för att göra detta beror på befattning och vilken organisation de ingår i (Lipsky, 1980). Diskussionen mellan uppifrån-och-ner-perspektivet och nerifrån-och-upp-perspektivet

på implementering har gått vidare till att utveckla ett perspektiv som tar hänsyn till de båda aspekterna, ett perspektiv som vi försökt tillämpa i *föreliggande utvärdering av Närvårdssamverkan*. Det handlar om en ansats där ambitionen varit att både ta hänsyn till avsikter och behov hos ledningen för Närvårdssamverkan, liksom medarbetarnas handlingar och behov av handlingsutrymme för att kunna medverka till implementeringen av denna samverkansstruktur (Hill & Hupe, 2005).

Diskussionen kring implementering har också givit att en klar distinktion mellan beslutsfattande och implementering inte är fruktbar av flera skäl (Sannerstedt, 2001). Det är många aktörer som deltar i processerna. Varav en del av dem förmodligen är både beslutsfattare och deltar i implementeringen av beslutet. Det förekommer även att implementeringen inleds innan det har skett beslut eftersom den redan är känd. Besluten är inte heller alltid så klara, vilket under perioden av implementering kan kräva omformulering och revidering av beslutets inriktning. I förekommande fall finns ibland inte heller ett beslut som föregår utan implementeringen kan föregås av ett antal beslut som kopplas samman (Sannerstedt, 2001). Denna diskussion har föranlett oss att fokusera på relationen mellan beslutsfattare och den som förväntas tillämpa beslut vid implementeringen av Närvårdssamverkan, utöver frågor kring processuella och organisatoriska aspekter av implementeringen.

Sammantaget utmynnar detta i slutsatsen att i utvärderingen av Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg är svaren på frågan om satsningen nått sina mål inte tillräckligt. Närvårdssamverkan innehåller införande av en ny stöd- och ledningsstruktur som designats för att vara gränsöverskridande samtidigt som det finns en förväntan på att den operativa verksamheten ska arbeta mer gränsöverskridande. Med gränsöverskridande avses i det här fallet över organisatoriska gränser och över professioners gränser. Detta är dock inte målet med implementeringen utan framför allt är gränsöverskridandet ett medel för att medborgarna ska erhålla kvalitativt god omsorg och vård oavsett gränser för huvudmannaskap och profession. Den mest intressanta frågeställningen behandlar därför inte frågan om implementeringen har skett utan hur implementeringen sker, hur Närvårdssamverkan tas emot på den operativa nivån och på vilket sätt Närvårdssam-

verkan bidrar till att öka koordinering mellan huvudmän och professioner vid genomförande av vård och omsorg. Utvärderingen utgår således ifrån en öppnare tankefigur än den som planeringstänkandet och designorienterade teorier tillåter; vad har förändrats till följd av satsningen? Detta vägleder utvärderingen med följande frågeställningar

- I vilken utsträckning utvecklas gemensamma stödprocesser, vårdprogram och rutiner samt hur går detta till?
- På vilket sätt ger Närvårdssamverkan Södra Älvsborg möjlighet till samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna avseende genomförande av vård och omsorg till medborgarna?
- På vilket sätt ökar nyttan för de brukare som har flera verksamhetskontakter?
- Vilka är de framträdande svårigheterna med att implementera Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg?

Syftet med utvärderingen är att följa och beskriva uppbyggnaden av Närvårdssamverkan och att värdera resultatet av Närvårdssamverkan efter tre år. Det medför att utvärderingen genomförs med en såväl formativ som en summativ ansats. Utvärderingen kommer därför att såväl gå i dialog med de som medverkar i Närvårdssamverkan för att delge resultat – vilket delrapporten är ett uttryck för – som att bedöma satsningens kvaliteter efter de tre första åren. I anslutning till redovisningen av varje delstudie beskrivs samtidigt syftet med respektive studie.

Utvärderingens genomförande

Utvärderingen genomförs i form av tre delstudier. Vi kommer därför beskriva genomförandet för de tre delstudierna var för sig.

Delstudie A: Ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan

Huvudfrågan för delstudien är; på vilket sätt kansliets inrättande, etablering av närvårdsområden, referens- och utvecklingsråd, styrgrupp, politiskt samrådsorgan etcetera medverkar till ökad samverkan. För att undersöka detta har vi i denna delstudie framför allt närmast oss ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan. Ledningsstrukturen som har studerats består av

ett politiskt forum för beslutsfattande som kallas för Delregionalt politiskt samrådsorgan, en styrgrupp av tjänstemän (förvaltningschefer) och 10 Närvårdsområden samt tre utvecklingsråd. Utöver detta finns det ett kansli med bland annat koordinatörer för Närvårdssamverkan.

De olika grupperna har studerats genom deras dokumentation, intervjuer och i mindre utsträckning observationer av möten. För observationerna har det centrala varit att få en närmare kunskap om hur de olika mötena genomförs främst som ett komplement till intervjuerna och analysen av mötesprotokollen. Det har genomförts 17 observationer under perioden 2011–2013. En för de var och en av utvecklingsråden, det vill säga tre observationer. För ledningsgrupperna har varje ledningsgrupp observerats vid ett tillfälle. Det innebär att nio observationer då en ledningsgrupp inte har kunnat bereda tillfälle för en observation. Där utöver har delregionala politiska samrådet observerats vid ett tillfälle och styrgruppen vid fyra tillfällen.

När det gäller dokumentationen är det framför allt mötesprotokoll/ minnesanteckningar och för detta har ett schema utvecklats för att analysera dessa för de olika grupperna. I antal är det under perioden 2011–2013 protokoll från 13 styrgruppsmöten, 7 delregionala politiska samrådet, 105 ledningsgrupper i närvårdsområdena. Syftet med att analysera dokumentationen är att se vilka ärenden som behandlas, hur ärenden förs ut i organisationerna, vilka beslut som fattas och vilka beslut som följs upp. Det är även av intresse att identifiera närvaron bland ledamöterna i respektive grupp/råd.

Intervjuerna har varit semistrukturerade för att de inte helt ska styras av respondenternas grupptillhörighet till exempelvis närvårdsområde. Det har genomförts 57 intervjuer under perioden 2011–2013. Några personer har intervjuats vid två tillfällen. Intervjuerna har fördelats mellan olika grupper, det vill säga representanter från det delregionala politiska samrådet, styrgruppen, ledningsgrupperna, utvecklingsråden och kansliet. Det medför att cirka 3–4 personer ur respektive grupp har intervjuats i några fall har respondenten medverkar i flera grupperingar. Utöver detta är det sju personer som avböjt att bli intervjuade med hänvisning till att de antingen är för nya på tjänsten, eller att de ska sluta, eller att de inte vill medverka.

Syftet med intervjuerna är att få ledamöternas synpunkter på hur respektive grupp/råd fungerar som samtalsforum och beslutsforum. Vad de anser om hur gruppen/rådet fungerar och vilken syn de har på sin funktion i densamma samt på vilket sätt de bidrar till att införa Närvårdssamverkan och samverkan mellan de olika parterna. Intervjuerna har spelats in och transkriberats i sin helhet med något undantag. Varje intervju har tagit cirka 60 minuter att genomföra. Bearbetningen och analysen av intervjuerna har skett med samma utgångspunkt som i delstudien av närvårdsområdena, det vill säga det är det som sägs i intervjuerna som leder till tematisering vid analysen. Sammanfattningsvis är underlaget för denna delstudie 17 observationer, 125 protokoll och 57 intervjuer.

Delstudie B: Enkätstudien¹

Syftet med enkätstudien var dels att studera hur långt implementeringen hade nått under hösten 2013 när det gäller kunskap om och attityder till Närvårdssamverkan, dels att studera om det hade skett några förändringar i dessa avseenden mellan våren 2012 när den första enkäten skickades ut och hösten 2013 när en uppföljning av samma enkät genomfördes. Enkäten vi använde oss av var identisk vid de två undersökningstillfällena för att på det sättet möjliggöra statistiska jämförelser.

Studien genomfördes i form av två identiska webbenkäter², den första i mars 2012 och den andra i november 2013. Vid båda tillfällena gick det ut ett e-postmeddelande som innehöll kort information om målgrupp, syfte med enkäten, kontaktuppgifter vid frågor samt en länk till webbenkäten som respondenten kunde klicka på för att lämna sitt svar. Enkäten inledes med ytterligare information om undersökningen samt hur enkäten skulle fyllas i. I enkäten utgjorde bakgrundsfrågor, om respondenten hört talas om Närvårdssamverkan tidigare samt frågor kring implementeringen av Närvårdssamverkan tre huvudområden. De respondenter som hade hört talas om Närvårdssamverkan fick besvara påståenden som handlade om implementeringen av Närvårdssamverkan, som i sin tur var indelade i fyra områden. Dessa var kännedom om och förväntningar på Närvårds-

¹ En mer detaljerad beskrivning av hur enkätstudien genomfördes finns i bilaga 1, 2 och 3. Där framgår också hur svarsfrekvensen fördelas mellan olika verksamhetsområden.

² Webbenkäten återfinns i bilaga 5.

samverkan, samt förutsättningar och hinder för Närvårdssamverkan. Det tog ungefär tio minuter att fylla i enkäten och det fanns möjlighet att ta paus i ifyllandet och återkomma vid ett annat tillfälle. Två påminnelser skickades ut vid var och en av undersökningstillfällena.

Urvalet vid första undersökningstillfället

Urvalsprocessen för att få fram deltagare till första undersökningstillfället skedde i fyra steg. Först kartlades var vårdssamverkan skedde i störst utsträckning inom det geografiska område som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg verkar. Härfter gjordes ett 40-procentigt urval av kartlagda verksamheter som skulle ingå i undersökningen. Urval av verksamheter skedde, med några få undantag³, slumpmässigt genom lottning. I nästa steg identifierades professioner och befintliga chefsnivåer i utvalda verksamheter, och slutligen kontaktades chefer inom utvalda verksamheter för att få fram e-postadresser till utvald personal samt till chefer.

Vid första undersökningstillfället skickades 1 598⁴ webbenkäter ut till chefer och medarbetare där 966 var anställda inom Västra Götalandsregionen, 599 var anställda i en kommun och 33 var anställda på en privat vårdcentral. 913 personer besvarade enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 57 procent. I tabell 2 nedan framgår antal utvalda personer samt antal svarande, dels totalt för hela undersökningen och dels uppdelat på region, kommuner och privata vårdcentraler.

Tabell 2. Svarsfrekvens undersökningstillfälle 1 (år 2012).

Arbetsgivare	Antal utvalda	Antal svarande	Andel svarande
Kommun	599	429	72 %
Västra Götalandsregionen	966	472	49 %
Privat vårdcentral	33	12	36 %
Totalt för enkätundersökningen	1 598	913	57 %

³ Undantagen återfinns i bilaga 1 med metod för delstudien.

⁴ Det egentliga antalet utskickade enkäter var 1607. Vid analys av bakgrundsfrågor visade det sig att nio personer inte tillhörde utvalda yrkesgrupper för att ingå i studien, varpå de plockades bort från resultatdel.

Av tabell 2 framgår att kommunanställda besvarade enkäten i störst utsträckning, andelen svarande var här 72 procent. Knappt hälften (49 procent) av dem som fick enkäten inom Västra Götalandsregionen och en dryg tredjedel (36 procent) av dem anställda på en privat vårdcentral besvarade enkäten. Vidare kan vi konstatera att av 913 inkomna svar, kom ungefär hälften (429 svar) från kommunanställda och ungefär hälften (472 svar) från regionanställda.⁵

Urvalet vid andra undersökningstillfället

Urvalet vid andra undersökningstillfället bestod av de 913 som besvarat enkäten vid första tillfället, detta för att skapa förutsättningar att studera den eventuella effekten av implementeringen på kunskap och förväntningar samt förutsättningar och hinder för Närvårdssamverkan.

Tabell 3. Svarsfrekvens undersökningstillfälle 2 (år 2013).

Arbetsgivare	Antal utvalda	Antal svarande	Andel svarande
Kommun	429	219	51 %
Västra Götalandsregionen	472	283	60 %
Privat vårdcentral	12	4	33 %
Totalt för enkätundersökningen	913	506	55 %

Av tabell 3 framgår att regionsanställda hade den högsta svarsfrekvensen vid undersökningstillfälle 2, andelen svarande var här 60 procent. Drygt hälften (51 procent) av dem som fick enkäten inom kommunen och en tredjedel (33 procent) av dem anställda vid en privat vårdcentral besvarade enkäten. 43 procent (219 svar) av de svarande var kommunanställda och 56 procent (283 svar) var regionanställda. Antalet svarande från privata vårdcentraler bestod endast av 4 personer och utgjorde en så liten del att det inte går att dra några slutsatser i resultaten kring denna grupp.⁶

För att skapa förutsättningar att undersöka den eventuella effekten av implementeringen av Närvårdssamverkan i analyserna, har vi valt att

⁵ En mer detaljerad beskrivning av hur den första webbenkäten genomfördes finns som bilaga 1 och 2. Där framgår också hur svarsfrekvensen fördelades mellan olika verksamhetsområden.

⁶ I bilaga 3 framgår också hur svarsfrekvensen fördelades mellan olika verksamhetsområden.

använda oss av samma grupp av individer när vi jämför undersökningsresultaten från 2012 med resultaten från 2013. Tillvägångsättet för att säkerställa detta gick till på så sätt att endast individer som besvarat enkäten 2013 togs med i jämförelserna av resultaten mellan 2012 och 2013. Men även om vi säkerställt att vi jämför samma grupp så innebär inte detta att det är samma individer som besvarat var och en av enkätfrågorna vid de två undersökningstillfällena. Anledningen till detta var att det var en större andel individer som kände till Närvårdssamverkan i undersökningen som gjordes 2013 jämfört med undersökning från 2012. Det innebär att det var en betydligt mindre andel individer som hade kunskap om denna samverkansinsats och som därför besvarat frågor som rör Närvårdssamverkan 2012 jämfört med 2013. Av denna anledning ha vi konsekvent redovisat två typer av analyser när vi jämför resultatet från 2012 och 2013. Vi har för det första gjort jämförelser där vi inkluderat samtliga individer som besvarat en viss fråga 2012 respektive 2013, vilket innebär att individerna vi jämför vid de två tidpunkterna endast delvis är desamma. Men vi har också valt att göra jämförelser där vi endast inkluderar dem som redan hade kunskap om Närvårdssamverkan vid första undersökningstillfället 2012, vilket innebär att individerna vi jämför vid de två tidpunkterna är desamma. Vi har valt att konsekvent redovisa båda former av jämförelser eftersom vi anser att det både kan vara av intresse att jämföra samma individer såväl som samtliga svarande vid de två undersökningstillfällena.

Delstudie C: Närvårdsområdenas samverkansproblematik

Denna delstudie syftar till att studera hur närvårdssamverkan etableras och konstitueras i de operativa verksamheterna inom såväl kommuner som region. Studien är kvalitativ. Det innebär att vissa krav som ställs på en kvantitativ studie inte är relevanta. Intervjupersonerna är t.ex. inte slumpmässigt utvalda och det som framkommer kan inte generaliseras på det sätt som görs i en kvantitativ studie. Det intressanta är alltså inte att under intervjuerna ta fram sådant som gäller hela populationen utan istället lyfta fram den variation av aspekter som framkommer under intervjuerna.

Urvalet av intervjupersoner gör alltså inte anspråk på representativitet. Istället skulle det kunna beskrivas som ett bekvämlighetsurval. Genom kontakter med chefer på enhets- och förvaltningsnivå har vi fått hjälp med

ett urval av personer som i sitt dagliga arbete samverkar med kommun respektive regionen. I vissa fall kan även urvalet beskrivas som ett snöbolls-urval vilket innebär att en intervjuperson har tipsat om en annan.

Slutrapporten grundar sig på 61 intervjuer inom områdena psykiatri och funktionshinder⁷, varav 26 har genomförts med regionens anställda, framförallt sjuksköterskor, men även kuratorer, arbetsterapeuter, mental-skötare och chefer. Inom kommunen genomfördes 35 intervjuer med framför allt boendestödare, habiliteringspersonal, handläggare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och chefer.

Intervjuerna kan i huvudsak beskrivas som semistrukturerade med fasta frågor men där intervjupersonerna getts möjlighet till utvecklingar. Därmed har det även getts möjlighet att ställa följdfrågor utifrån det som framkommit under intervjun. I vissa fall kan intervjuerna mer beskrivas som samtal och tagit en mer ostrukturerad form. Som intervjuare har vi då förhållit oss tämligen fria från intervjumanualen och istället låtit intervjupersonerna styra samtalet i större utsträckning. Genom intervjuens lösa struktur har det då även funnits möjlighet att stämma av sådant som varit framträdande under tidigare intervjuer. På det sättet har även vissa intervjupersoner till viss del även bidragit med analys. Varje intervju har tagit cirka en timme. Intervjuerna har spelats in på band och sedan transkriberats ordagrant i sin helhet.

Bearbetningen av intervjuerna har varit induktiv vilket innebär att det inte funnits någon på förhand definierad teori eller modell att utgå ifrån utan det är snarare det som sagts under intervjuerna som varit utgångspunkten vid tematisering och analys.

⁷ I bilaga 4 framgår hur många som intervjuats inom områdena psykiatri och funktionsnedsättning vid var och en av de utvalda närvårdsområdena.

REDOVISNING AV DELSTUDIERNAS RESULTAT

I kommande avsnitt redovisas resultatet från de tre delstudierna. Först är det ledningsstrukturen för närvårdssamverkan som redogörs för. Det är en beskrivning av hur den är organiserad och vilken problematik som finns med att leda samverkan på det sättet. I avsnittet därefter presenteras resultatet från webbenkäten. Enkäten genomfördes vid två tillfällen och det visar sig att resultatet är nästan detsamma om vilka kunskaper som finns i verksamheten när det gäller Närvårdssamverkan samt att behoven av samverkan är desamma. I det sista avsnittet sker en redogörelse för de intervjuer som har genomförts framför allt inom verksamheter som psykiatri och funktionshinder, med såväl chefer som medarbetare. Det avsnittet belyser hur samverkan går till och vilket genomslag närvårdssamverkan får i de operativa verksamheterna.

Redovisning av ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan (Delstudie A)

Närvårdssamverkan utgår från en politisk överenskommelse mellan huvudmännen som är Västra Götalandsregionen och Alingsås, Bollebygd, Borås, Herrljunga, Lerum, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn och Vårgårda. Överenskommelsen finns beskriven i inriktningsdokumentet för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2010–2014. Utifrån denna överenskommelse finns beslut om uppdrag och arbetsordning med syfte att skapa en struktur för att genomföra Närvårdssamverkan (Uppdrag och Arbetsordning, 2011). Strukturen syftar till att säkerställa att Närvårdssamverkan Södra Älvsborg genomförs på såväl politisk- och förvaltningsnivå som i den operativa verksamheten.

Det övergripande målet för Närvårdssamverkan är att de personer som ingår i målgruppen och bor i någon av kommunerna inom Södra Älvsborg ska ha tillgång till hälso- och sjukvård och omsorg nära sitt boende eller där de befinner sig, vilket avser geografiskt och tidsmässigt. Utifrån detta är syftet att Närvårdssamverkan ska leda till förutsättningar för människors hälsa och välbefinnande, en obruten vårdkedja och ett effektivt nyttjande av de gemensamma resurserna (NVS inriktningsdokument 2010–2014).

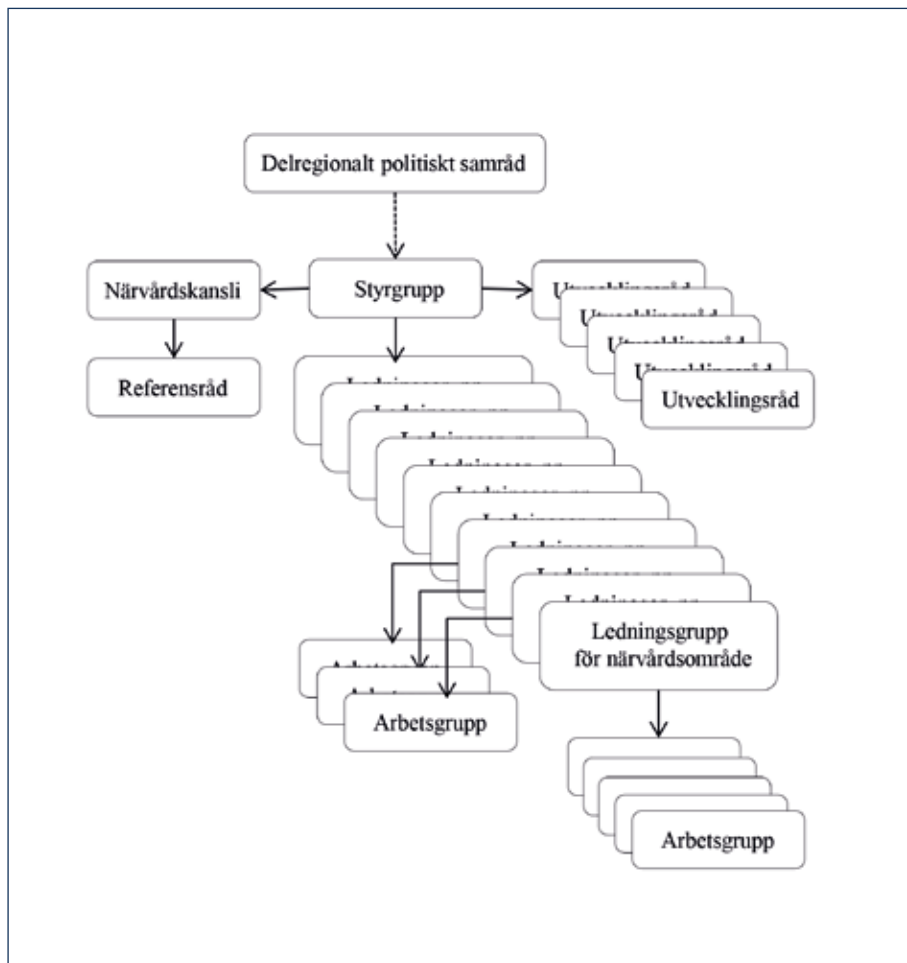
Närvårdssamverkan omfattas av regionens hälso- och sjukvårdsverksamheter; vårdcentraler inom VG Primärvård, övrig primärvård, sjukhusanknuten vård, habiliteringsverksamheter. Kommunal vård, omsorg och socialtjänst i följande kommuner; Alingsås, Lerum, Herrljunga, Vårgårda, Bollebygd, Borås Stad, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn. Hälso- och sjukvårdsnämnderna 6 och 8 samt Sjuhärads kommunalförbund.

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg är indelat i närvårdsområden som motsvarar de medverkande kommunernas geografiska indelning. Dessa närvårdsområden utgör basen för samverkan mellan huvudmännens verksamheter och professionella utövare. Inom närvårdsområdena är det tänkt att det ska planeras för samverkan på såväl strategisk och operativ nivå.

Ett kansli har inrättats med uppdrag att samordna, bereda, stödja, delta och följa upp Närvårdssamverkan Södra Älvsborg, vilket bland annat innebär att medverka till att ta fram verksamhetsplan och budget för varje verksamhetsår samt den uppföljning som sker i slutet av året. Kansliet finansieras gemensamt mellan de samverkande parterna i en fördelning där regionen står för 60 procent av kostnaderna och kommunerna för resterande 40 procent. Detta regleras via ett avtal mellan huvudmännens ingående samverkansparter. Kansliets personal består av två närvårdskoordinatörer och en administratör/informations- och kommunikationsansvarig. En av närvårdskoordinatörerna är tillika chef för kansliet. Koordinatorernas uppdrag är i första hand att koordinera verksamheten inom Närvårdssamverkan.

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg är organiserat enligt figuren nedan som visar att det har inrättats såväl en politisk som en tjänstemannamässig beslutsnivå. Det som kommer beskrivas närmare här är inrättandet av Delregionalt politiskt samråd, styrgrupp och ledningsgrupper för närvårdsområdena.

Figur 1. Organisering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.



Till stöd för ledningsstrukturen på övergripande nivå har inrättats professionella grupper såsom utvecklingsråden och referensråd. Utvecklingsråden har som syfte att uppmärksamma kvalitets- och utvecklingsbehov av verksamheten som inte är begränsad till närvårdsområdena. Utvecklingsråden kopplas till de målgrupper som särskilt uppmärksammas i Närvårdssamverkan. Det finns fyra utvecklingsråd; barn och unga vuxna

i utsatta situationer, äldre multisjuka och multiviktande, personer med psykisk ohälsa och personer med funktionsnedsättning. Referensrådet har till uppgift att bistå Närvårdskansliet med kompetens och verksamhetsanknytning. Rådet är sammansatt av professionella företrädare från närvårdsområdena.

Starten av Närvårdssamverkan

Vid starten av Närvårdssamverkan var det en omfattande struktur för samverkan som skulle implementeras. Det gjorde, trots förarbetet som ledde fram till tydliga instruktioner om arbetsordningen, att det krävdes en betydande arbetsinsats från många aktörer för att få samverkansstrukturen på plats. Det första året för Närvårdssamverkan var igång handlade i huvudsak om att få den nya strukturen på plats.

Man kan nog tycka i det här första skedet till den nya organisationen att vi har tappat en del avseende samverkansklimat eller fart i utvecklingsarbetet. Där så att säga styrformen, ledformen och det formalistiska i hur organisationen ska bli har tagit väldigt mycket utav kraften från verkligt görande. Det bygger väldigt mycket på att ledningsgrupperingar, de kommunvisa ledningsgrupperingarna greppar frågorna. Det har ju inte skett ännu eller marginellt på olika nivå från kommun till kommun. Alltså vi tappar mycket fart under den här perioden. (repr. Styrgruppen)

Det innebar att mycket uppmärksamhet ägnades åt den formella organisationen och hur den skulle fungera. Det fanns en del farhågor kring att en avsevärd tid ägnades åt att få igång den formella strukturen och att så lite av tiden ägnades åt att få till en samverkan på den operativa nivån. Den nya organisationen för samverkan medförde också att en del av det utvecklingsarbete som tidigare hade skett mer fristående eller självständigt nu fått en tydligare organisation där styrgruppen var det forum som hanterade såväl beslut som finansiering för hur samverkan skulle utvecklas.

Trots att det fanns beskrivet i en del dokument om hur Närvårdssamverkan skulle organiseras kom närvårdskansliet att fungera som en viktig resurs för att leda detta arbete. Medarbetarna på kansliet medförde inte bara ett stöd för styrgruppen utan för hela närvårdsorganisationen, vilket

återkommande nämns av företrädare för såväl styrgruppen som ledningsgrupperna för närvårdsområdena.

Jag tycker det är ett utmärkt samarbete med kansliet. Det fungerar bra med kansliet som är öppna för att tänka om och att hitta förbättringsåtgärder på olika sätt. De har gjort ett bra jobb, alltså fått väldigt ordning på struktur och deras roll är ju, det är mycket spindeln i nätet och det är också att se till att de har berett alla frågor ordentligt till styrgruppen men också att de är med ute i de lokala ledningsgrupperna och säkrar organisationen. Sedan har de ju tagit på sig mycket också att vara, alltså det här med schemat och underlätta för, kan man säga, alla andra som är med. (repr. Styrgruppen)

Närvårdskansliet medarbetare innebar således ett stöd för hela närvårdsorganisationen när arbetet startades upp, men även fortsättningsvis. Genom att de medverkat i de olika mötena som pågått inom Närvårdssamverkan har de blivit bärare av beslut och information. De har också arbetat fram förslag på hur såväl styrgrupp som de lokala ledningsgrupperna kan lägga upp arbetet genom att presentera en mötesstruktur för alla grupperingar.

Kansliet har kommit att bli navet i Närvårdssamverkan genom att koordinatörerna blir de främsta kunskapsbärarna av vad som händer i Närvårdssamverkan genom att de såväl förbereder som medverkar i alla möten och därmed för kunskap om beslut och diskussioner mellan dessa möten. Detta har varit betydelsefullt, enligt fler intervjupersoner. Det framkommer dock samtidigt att kansliet kan få en allt för dominerande roll som kan leda till att de olika representanterna i de skilda grupperna förlitar sig på koordinatörerna på kansliet i en utsträckning som innebär att de själva inte fullt ut tar ansvar för Närvårdssamverkan.

Efterhand har kansliets roll för de olika närvårdsområdenas ledningsgrupper utvecklats på olika sätt. Från början hade kansliet en självklar och viktig roll vid dessa ledningsgruppsmöten och i många fall var deras närvaro avgörande för att få mötena till stånd. De var också en viktig kunskapsbärare av närvårdssamverkan. Allteftersom har dock flera ledningsgrupper blivit mer självständiga i sitt arbete och det har inneburit att en grad av differentiering mellan de ledningsgrupper som i stor utsträckning förlitar sig på kansliets stöd och de som huvudsakligen arbetar självständigt.

Närvårdssamverkan – övre ledningsstruktur

Ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan är organiserad i ett antal beslutsorgan. Det som här benämns den övre ledningsstrukturen är en hierarkisk bestämning och den innefattar det politiska samrådet och styrgruppen. Det som längre fram benämns den nedre ledningsstrukturen är närvårdsområdenas ledningsgrupper.

Politiska samrådet

För den politiska nivån finns det ett delregionalt politiskt samråd som syftar till att i ett folkhälsoperspektiv tillgodose medborgarnas och patienternas behov av närvårdssamverkan. Samrådet representeras av politiker från hälso- och sjukvårdsnämnd 6 och 8, Habilitering och hälsa, Sjuhäradss kommunalförbund, styrelsen för Alingsås lasarett och för Södra Älvsborgs sjukhus, Primärvården Södra Älvsborg samt politiker från kommunerna.

Det politiska samrådet har en viktig funktion att fylla då verksamheten som sker inom Närvårdssamverkan inte bara är politiskt styrd, utan även har ett tydligt befolkningsperspektiv. Ett problem för det politiska samrådet är att de har en otydlig roll i Närvårdssamverkan. I intervjuerna framkommer att de flesta ser det som både självklart och viktigt att Närvårdssamverkan är politiskt styrd, men respondenterna ser inte att det är det politiska samrådet som har den styrande funktionen.

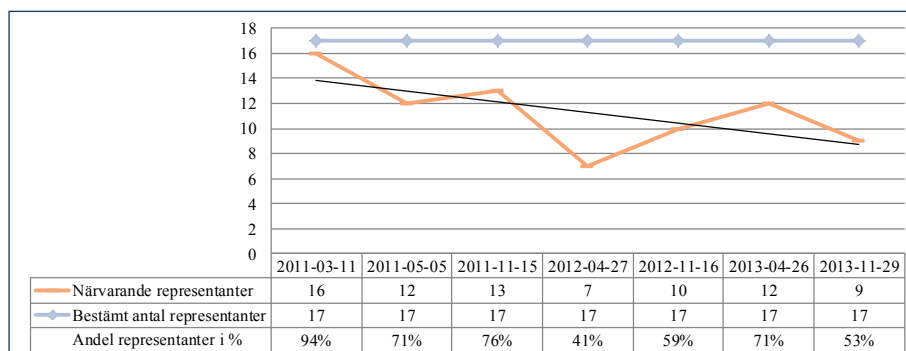
Men här är ju verksamhetsplanen för närvård som politiken har tagit fram och de gör prioriteringar. Och så tänker jag politiken vill ju att de skulle få mer politisk styrning än vad som tidigare gällde för Rek-ogruppen eller Kolagruppen, men ändå så gör de inte riktigt det. Jag märker att frågor som skickas vidare till politiken kommer tillbaka igen utan någon riktning. Då känner jag att vi behöver inte ha en massa politiska mål om politiken ändå inte vill styra. För syftet för mig är ju att vi ska göra god och jämlik vård för de som bor i vårt område. Att vi ska hitta rutiner och riktlinjer som gör att det ska bli enkelt. (repr. Styrgruppen)

Det framgår att de som sitter i styrgrupp eller ledningsgrupper saknar den politiska styrningen från det politiska samrådet. Det är inte så att målbilder och verksamhetsplan inte har tagits fram inom politiska samrådet

eller under inverkan av politikerna. Däremot uppfattas inte politiska samrådet vara speciellt styrande i vilken riktning Närvårdssamverkan ska arbeta. Det är snarare så att den politiska styrningen som sker av Närvårdssamverkan sker via den ordinarie linjen hos respektive huvudman.

I diagram 1 nedan framgår hur många representanter som varit med vid de sju möten i politiska samrådet som varit under perioden, det vill säga fram till och med december 2013. Närvaron i det politiska samrådet är vikande. Inte ens vid första tillfället har närvaron varit fullständig. Habilitering och hälsa var inte inbjudna till detta möte. Därefter har det varit flera organisationers representanter som uteblivit vid de efterföljande mötena. Det ger i snitt en närvaro motsvarande 66 procent. Det är tydligt är att det finns en nedåtgående trend vad gäller närvaron vid politiska samrådets möten.

Diagram 1 Närvaro vid politiska samrådets möten.

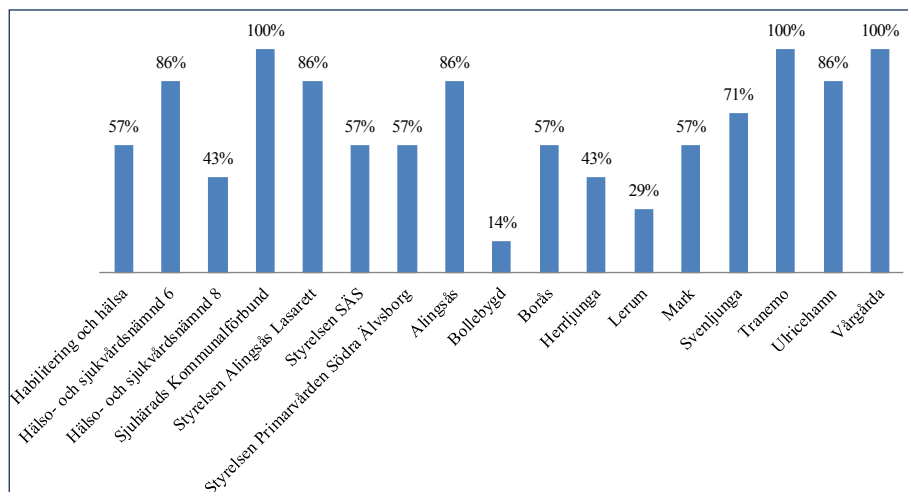


Diagrammet visar den planerade representationen i antal i förhållande till hur många som varit med vid varje tillfälle, vilket även åskådliggörs i procent per tillfälle. Närvaron pendlar, bortsett från första tillfället, mellan drygt 75 procent ner till knappt 40 procent. Vid två tillfällen är närvaron så låg som 41 procent respektive 53 procent. Det tyder på att man väljer bort dessa möten. Det är svårt att finna en bra förklaring på varför det sker. Om närvaron istället åskådliggörs utifrån hur de olika organisationerna är representerade visar det sig att det skiljer sig åt totalt över hela perioden.

När närvaron fördelas mellan de olika organisationerna, vilket illustreras i diagram 2 nedan, visar det sig att det finns tydliga skillnader i vilken

utsträckning olika huvudmän har varit representerade. Några har en närvaro motsvarande 100 procent. Det är Kommunalförbundet, Tranemo kommun och Vångårda kommun som har den högsta närvaron. Den lägsta närvaron står Bollebygd och Lerums kommun för. De har 14 procent respektive 29 procent närvaro. Det kan säkert diskuteras var gränsen går för hur stor frånvaro som är acceptabel, men en närvaro på drygt 50 procent eller därunder kan knappas anses vara tillräcklig. Det är samtidigt viktigt att inte förväxla närvaro med engagemang, men i någon mån är närvaro på dessa möten en förutsättning för att kunna medverka i det politiska samtalet.

Diagram 2 Närvaro vid politiska samrådets möten fördelat på organisation.



Vid intervjuerna framkommer inget som tyder på att frågeställningarna om att finna samverkanslösningar för att nå ett bättre utförande av välfärdstjänster inte anses vara viktiga. Däremot kan det spela in att det inte uppfattas finnas en tydlig roll för det politiska samrådet.

Så att det är ju mer ett informationsforum ... men samtidigt har det också ställts frågor då på vilket sätt tar representanterna i samrådet med sig det här hem och ställer frågor i från politiken genom att på det sättet markera att det här är vi intresserade utav det här arbetet, det här tycker vi är viktigt. För att signalera till de som sedan jobbar praktiskt med det, att de känner stödet och intresset ifrån politiken ... (repr. Styrgruppen)

Rådet uppfattas inte ha någon ledande funktion för närvårdssamverkan. Frågeställningarna som behandlas vid mötena skiljer sig inte mycket åt emot vilka frågor som styrgruppen behandlar eller på vilket sätt frågorna behandlas. Det tenderar vara frågor av formell och strukturell karaktär. Det är till exempel frågor om hur Närvårdssamverkan organiseras och verksamhetsplan eller verksamhets uppföljning samt budgetfrågor. De frågor som behandlar målgruppernas behov eller frågor som befolkningens välbefinnande behandlas, men är inte framträdande.

Intervjuer med representanter från såväl styrgrupp som ledningsgrupper visar således att det finns en oklarhet vilken roll det politiska samrådet har och trots att alla bejakar att de verkar i en politisk organisation ser de inte heller att de egentligen kan ha någon ledande funktion i närvårdssamverkan. Den politiska ledningen finns hos respektive huvudman.

Styrgruppen

Det är framför allt styrgruppen som är det beslutande organet för närvårdssamverkan. I tjänstemannaorganisationen är styrgruppen för Närvårdssamverkan ansvarig för de övergripande strategiska samverkansfrågorna. Styrgruppen ska initiera, leda och följa upp samverkansfrågor inom närvårdssamverkan, vilket innebär att ledamöterna förväntas ha mandat att fatta beslut i frågor som rör verksamheten. Styrgruppen består av förvaltningschefer från alla kommunerna, en verksamhetschef för vårdcentraler i privat regi för Mittenälvsborg respektive Sjuhärad, en tjänsteman från Sjuhärads kommunalförbund och chefen för Närvårdskansliet. Utöver det en förvaltningschef från vardera Primärvården, Alingsås lasarett, Södra Älvsborgs sjukhus, Habilitering och Hälsa, Hälso- och sjukvårdskansliet Borås.

Vid inrättandet av styrgruppen utsågs de olika aktörernas representanter med hänsyn till den egna linjeorganisationen för att tillse att de har mandat att agera och fatta beslut i frågor som rör den egna organisationen och dess samverkan med övriga aktörer. Intervjuerna visar således att det inte förekommit någon större diskussion hos de olika aktörerna och det har samtidigt varit relativt oproblematiskt att utse representanter då det har blivit en del av representanternas chefsuppdrag.

Jag tror att kommunen har haft en ganska... just att bemanna upp styrgruppen har varit ganska enkelt, alltså då tänker jag den stora styrgruppen, det har varit ganska enkelt för det har varit förvaltningsschefen som har representerat något av de här förvaltningsområdena, oftast vård- och omsorgschefer. Regionen, nja då blev det inte riktigt klart hur man skulle representeras för att hitta rätt nivå där. Det får ju de svara på men jag tror att de har haft mer diskussioner kring representationen och de har ju inte samma hierarkiska struktur heller. I det här med kommunalförbunden och andra hur deras representation ska se ut har varit, ja det känns att det har varit lite nomineringsbekymmer här och där. (repr. Styrgruppen)

Således antyder intervjupersonen att det inte har varit helt självklart hur regionen ska representeras, vilket framför allt kan tänkas gälla primärvården beroende på den omorganisation som skett där under den inledande fasen i Närvårdssamverkan. Det har även funnits en diskussion om och hur kommunalförbundet ska finnas med som representant i styrgruppen. Utöver detta uppfattas det som svårt att få med representanter från de privata utförarna, vilket inte främst ses som ett uttryck för ointresse utan snarare svårigheten att finna former för hur de ska ha en gemensam representation.

Diagram 3. Närvaron totalt vid styrgruppens möten.

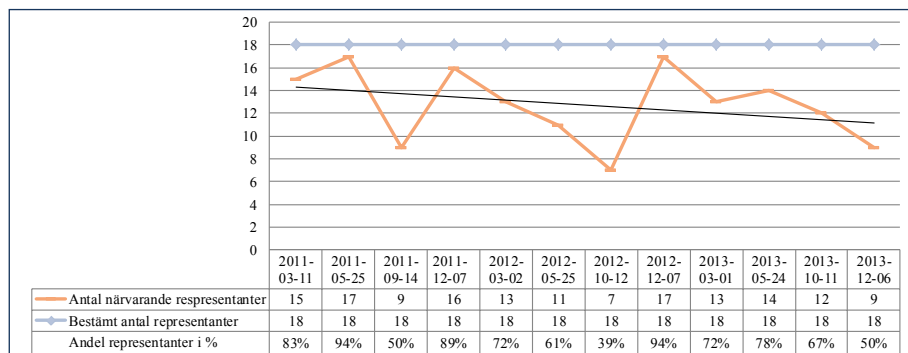


Diagram 3 ovan visar den planerade representationen i antal i förhållande till hur många som varit med i varje tillfälle, vilket även åskådliggörs i procent per tillfälle. Det framgår av diagrammet att representationen vid styrgruppens möten är vikande. Vid tre tillfällen har represen-

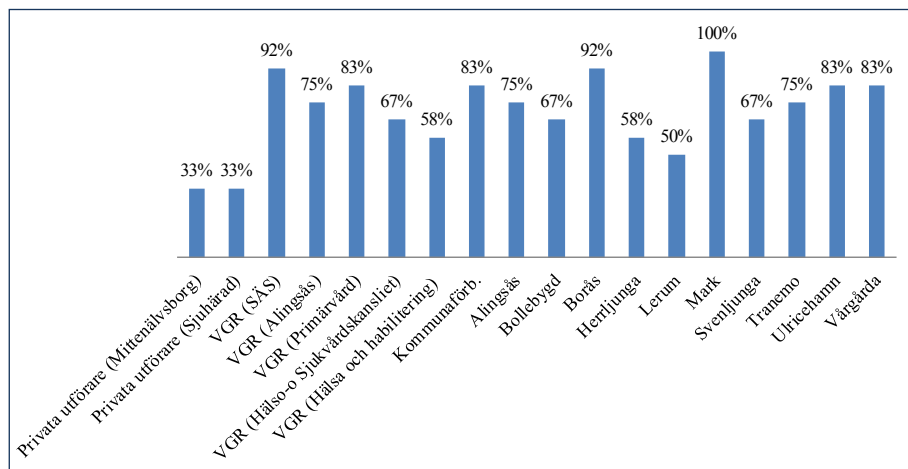
tationen vid mötena varit besvärande låg, det vill säga en frånvaro på 50 procent eller mer. Framförallt är det ett tillfälle i oktober 2012 där frånvaron var anmärkningsvärt hög. Tillfället därefter hade en hög frånvaro för att därefter vara vikande igen. I snitt är närvaron 71 procent och inte vid något tillfälle har alla representanter varit närvarande samtidigt. Jämförs det mellan åren så var representationen 79 procent i snitt för 2011. Under 2012 och 2013 har den varit i snitt 67 procent. Det är inte många möten under ett år, men samtidigt uppfattar en del av representanterna i styrgruppen att det är ett tungt arbete om man ska läsa in sig på alla handlingar för att vara väl förberedd och ha en god förankring av ärendena i den egna organisationen.

Jag tycker det är mer tungarbetat, det är mycket dokument att läsa på. När vi ska fatta beslut så är det ändå inte alltid förankrat på hemmaplan, vilket är ett bekymmer tycker jag. Det är ungefär som vi hade här nu, alltså man ska läsa handlingarna och gå tillbaka till sin enhet, man kan inte sitta och säga på mötet att jag har inte hunnit göra det. (repr. Styrgruppen)

En återkommande synpunkt i intervjuerna är att det blir ett merarbete som trots att de inte är så många möten ändå uppfattas som en relativ stor arbetsinsats som läggs på en redan stor arbetsbörda. Det kanske är förklaringen till att frånvaro har varit relativt hög och att en del aktörer har haft svårt att medverka vid styrgruppens möten.

Diagram 4 visar att det endast är en av organisationerna som har haft en fullständig närvaro medan övriga har haft en frånvaro i olika omfattning. Det är nio organisationer som har en frånvaro motsvarande 25 procent eller mer. Det kan verka lite, men eftersom styrgruppens möte är få per år kan det få stora konsekvenser för samarbetet om så många organisationer är frånvarande vid dessa möten. Frågan är densamma som ställdes tidigare när närvaron för det politiska samrådet diskuterades. Hur stor frånvaro är acceptabel och vad är en hög frånvaro ett exempel på? I intervjuerna framkommer att det kan vara en trängd arbetssituation eller ett uttryck för prioritering.

Diagram 4. Närvaron vid styrgruppens möten fördelat på olika aktörer.



Det som är tydligt är att de privata aktörerna har svårt att få med en kontinuerlig representation vid styrgruppens möten. I intervjuerna framförs olika förklaringar till varför det kan vara så, men visar snarare på en osäkerhet om varför det förhåller sig på det viset. En genomgående uppfattning är att ansvaret för att medverka ligger dels hos de privata aktörerna själva att medverka och dels hos den som beställer verksamheten. Ingen verkar heller anse att det är en stor fråga eller vill göra det till en stor fråga. Det påtalas emellanåt i styrgruppen eller i några ledningsgrupper, men utlöser samtidigt ingen större aktivitet för att öka medverkan från privata aktörer.

Det framkommer vid intervjuerna att det finns en del funderingar kring styrgruppens arbete och mötesstruktur samt hur man ska få den att fungera som en styrgrupp. Detta är en uppfattning som framför allt diskuteras under de första åren av närvårdssamverkan, det vill säga under 2011 och 2012. Även om det inte är lika påtagligt under 2013 så återkommer respondenterna till funderingar över styrgruppens arbetsformer. De svårigheter som initialt lyftes avseende att få till mer stabila arbetsformer när gruppen inte träffas mer än fyra gånger per år verkar vara något som flera medlemmar i styrgruppen återkommande funderar på. En del påtalar svårigheten att få kontinuitet i frågeställningar när man träffas så sällan, men samtidigt så är det ingen som ger uttryck för att de vill att styrgrup-

pen ska träffas oftare. Anledningen är att det är svårt att få utrymme för det i redan pressade almanackor och styrgruppen har ännu inte avlastat något tidigare arbetet utan har snarare ökat arbetsinsatsen för de som sitter med i detta forum.

Jag tycker kanske inte att vi som grupp då har diskuterat hur vi som styrgrupp ska arbeta. Jag kan tycka, alltså det är alltid det där hur mycket tid man ska ägna åt någonting, jag skulle väl kunna tänka mig att vi hade behövt lite mer tid som grupp att forma oss som styrgrupp och diskutera vilket arbetssätt vi ska ha, vilken är vår roll i detta. Jag vet att vi har pratat om vi inte ha en heldag någon gång för att ha detta, men det har vi inte haft... det är alltid det där alltså man har inte tid själv egentligen. (repr. Styrgruppen)

Styrgruppen anses vara ett viktigt fora för att föra fram centrala frågor, diskutera dem och fatta beslut. Ledamöterna i styrgruppen har möjlighet att föreslå ärenden som ska tas upp. Samtidigt har det funnits svårigheter för alla ledamöter i styrgruppen att omfamna alla de frågor som behandlas i styrgruppen. När olika områden behandlas som inte berör alla eller bara några av ledamöterna så krävs mer information än vad som sker i vanliga fall vid beslutsärenden för att frågorna ska uppfattas som viktiga och engagera. Detta var ett påtagligare problem det första året när styrgruppen var mer osäker på sina arbetsformer, men det har inte försvunnit helt trots att arbetsformerna har blivit klarare för medlemmarna i styrgruppen. Det är en uppenbar svårighet att man representerar olika verksamhetsområden och i en del intervjuer påtalar man att man ibland inte har tillräcklig kunskap för att kunna medverka i diskussionen. Detta gör att ledamöterna anser att det är viktigt att bli ordentligt informerade och kunna förbereda sig för olika ärenden.

Jag generaliserar, men det är svårt att bära fler perspektiv än sitt egna. Man måste vara duktig på att göra det, och tänka större än mitt eget och känna det ansvaret. Det gäller alla som sitter i ledningsgruppen, men innebär att vi måste få ordentlig information. (repr. Styrgruppen)

Inledningsvis av arbetet tenderade stora delar av styrgruppsmötena att behandla information från olika projekt som, även om de var intressanta

och viktiga, innebar allt för mycket allmän information som inte ledde fram till någon tydlig beslutsfattande. Efterhand har detta inslag blivit mer begränsat vid styrgruppens möten. Det finns också en viss kritik som framkommer i en del intervjuar att ledamöterna behöver vara bättre förberedda inför de olika styrgruppsmötena. Det händer återkommande att frågeställningar inte går att behandla på ett bra sätt för att flera ledamöter inte har haft tid att processa dem i sin egen organisation eller för att man uppfattar att informationen i ärendet har upplevts som bristfällig.

För på något vis så kan jag känna att det måste finnas en tydlighet redan när man kommer till de här mötena, vad vi ska göra, så att vi har en chans, att vi kan förbereda oss men också att vi kommer till någonting som är så väl förberett så man känner att man inte bara sitter av tiden utan att det faktiskt är ett arbete som betyder någonting. (repr. Styrgruppen)

Kopplingen mellan styrgruppen och hemorganisationerna beskrivs som viktig. En del frågor fodrar på grund av sin praktiska karaktär eller på grund av att de kräver förankring i hemorganisationerna att de diskuteras på hemmaplan innan beslut fattas av styrgruppen. Trots att detta uppfattas som en nödvändig del av beslutsfattandet bidrar det samtidigt till att beslutsprocessen drar ut på tiden. Det har bland annat sin upprinnelse i att styrgruppen inte har fler än fyra möten per år. Exempelvis behövde en fråga om öppettider vid jul och nyår för att lösa patientflödet mellan kommuner och region tas upp redan vid ett av styrgruppens vårmöten för att lösa beslutsfattande och återkoppling till den ordinarie verksamheten. Den diskussionen stannade inte heller vid öppettider, utan öppnade även för en diskussion om vem som kan förväntas göra vad när det gäller de äldres behov över till exempel helger.

Denna problematik finns även när det gäller implementering av fattade beslut, men även i allmänhet vad gäller information och diskussioner om angelägna frågor som behöver återföras antingen till hemorganisationen eller till närvårdsområdenas ledningsgrupper.

Ja tanken är ju att vi som sitter i styrgruppen åtar oss, alltså kommer vi överens om någonting så har vi åtagit oss att föra hem det till

kommunen eller sjukhuset och se till att genomföra det. Sedan hur det ser ut det vet inte jag, i kommunerna, men de har ju det uppdraget och ofta är det ju någon ordförande i någon av förvaltningarna på kommunen och då får ju de gå hem och se till att det blir av. (repr. Styrgruppen)

Det fanns dock en osäkerhet på hur väl detta fungerar, men det framhölls genomgående i intervjuerna att detta är en central process för att få Närvårdssamverkan att fungera. Med en mötesstruktur med fyra möten per år är det inte svårt att se att processen med att föra ärenden mellan styrgruppen och hemorganisationerna inte kan avgränsas till att ske vid ordinarie mötestillfällen. I värsta fall kan det ta upp till ett år innan en fråga har avgjorts och i bästa fall ett halvår. Återkopplingen till såväl ledningsgrupper som till hemorganisationernas verksamheter behövs om samverkan ska fungera. Här lyfte man i intervjuerna fram även kontakten med de olika utvecklingsråden samt de lokala arbetsgrupperna som finns i kommunerna inom olika verksamhetsområdena. Hela den processen behöver fungera om Närvårdssamverkan ska ge ett mervärde för klienter, patienter, brukare etcetera.

Jag tycker faktiskt det har blivit lite bättre. Vi hade en del utkast på organisationen men jag tycker nu i, så som det ser ut idag med en styrgrupp, en politisk överbyggnad och lokala närvårdsområden, så tycker jag att det har blivit ganska bra. Det som är, det är en väldigt stor tjänstemannastyrgrupp, den är ju väldigt stor och det blir väldigt mycket information och väldigt övergripande och det är klart att det visste jag om att det måste få bli så istället för... så att den här lokala ledningsgruppen och närvårdssamverkan lokalt... den blir ju väldigt viktig för att det ska bli någon verkstad. (repr. Styrgruppen)

Kopplingen till den lokala nivån är således central och det uppfattades också som avgörande att ledningsgrupperna för de olika närvårdsområdena fungerar som ett samordnande forum där frågor som är av samverkanskaraktär behandlas.

För att bereda styrgruppens möten så har man inrättat ett AU som består av styrgruppens ordförande och vice ordförande tillsammans med

personalen från närvårdskansliet. Vid dessa möten sker bedömning av de ärenden som inkommit och om de ska behandlas i styrgruppen samt om de finns frågor som styrgruppen behöver fatta beslut om. AU diskuterar även på vilket sätt sammankopplingen mellan styrgruppen och övriga grupperingar som till exempel utvecklingsråden ska ske på bästa sätt. Det har dock inte varit helt klart för ledamöterna i styrgruppen hur arbetet mellan AU och styrgrupp kopplas samman. Det har blivit tydligare efterhand som styrgruppens arbete har funnit sina former och ledamöterna har förvärvat mer erfarenhet kring hur arbetet inom Närvårdssamverkan genomförs, men det föreligger fortfarande en osäkerhet visar en del av intervjuerna.

Vi sa ju till exempel så här att då för att det inte ska bli så tungt så ska arbetsutskottet kunna fatta beslut och ha den möjligheten och sedan ska man kunna ta upp det i styrgruppen. Men i praktiken blir det ju väldigt svårt om de har fattat ett beslut som man inte tyckte. Ta till exempel om man fattar ett känsligt beslut. Det är inte så lätt att diskutera det i den stora gruppen, hur beslutet gick till och varför gjorde ni så och hur kom det sig. Det passar sig inte i en sådan mötesform som styrgruppen har. Så jag kan tänka mig att om det skulle bli, men det visar väl sig också, om man tar många obekväma eller beslut som inte merparten är med på då tappar ju lite gruppen kraft om vi inte diskuterar hur... då lutar man ju sig mer tillbaka och säger nu får de sköta... (repr. Styrgruppen)

AU kontra styrgruppen är således en balansgång mellan att bereda ärenden för styrgruppen för att få till en så smidig beslutsprocess som möjligt samtidigt som AU inte får uppfattas som särkopplad från styrgruppen så att dess ledamöter inte känner till eller gör sig främmande för de beslut som fattas där. Ett centralt och viktigt arbete för styrgruppen som man samtidigt har ägnat en hel del tid åt är att finna en bra styrform. Inte bara för gruppens arbete utan för hela närvårdssamverkan. Inför 2014 har kansliet därför initierat ett arbete med en verksamhetsplanering som bland annat inbegriper målbilder och mätbara mål för de olika målgrupperna i Närvårdssamverkan. I flera intervjuer påtalats arbetet med verksamhetsplanering och verksamhetsuppföljning som centrala verktyg för styrgruppen.

Och det diskuterade vi när vi träffades för att göra verksamhetsplaner det är viktigt för att få stuns på styrningen, representantskapet, antal möten, typen av uppföljning. (repr. Styrgruppen)

Det är också flera ledamöter i styrgruppen som är positiva till denna modell för styrning av verksamheten. Det finns även ett flertal ledamöter som är något mer avvaktande om detta är en bra form för att styra verksamheten. Vid en del intervjuer framkommer funderingar på om detta är rätt väg att gå då Närvårdssamverkan inte egentligen har mer än indirekt kontroll över den operativa verksamheten som bedrivs hos varje huvudman.

För om det ska finnas någon verksamhetsplan så är det för, egentligen är det ju för, kansliet är ju en verksamhet kan man säga, men vi andra är ju inte en verksamhet. Vi kommer ju ifrån våra olika verksamheter, precis. Nej alltså jag måste säga att jag upplever det som lite, då tänkte jag kanske att det bara var en presentation av ett sätt att arbeta som vi skulle kunna ta med oss som inspiration men sedan liksom förstod jag att, ser jag ju nu på agendan som ligger framöver så är väl tanken då att vi ska kanske implementera det och då finns det ju anledning att fundera över vad, vi har ju som sagt inte en verksamhet. (repr. Styrgruppen)

Det fanns när Närvårdssamverkan startade en viss tveksamhet på vilket sätt uppdrag skulle avgränsas både i sig, men även gentemot de ordinarie verksamheter som representanterna kom ifrån. Det framkommer såväl i intervjuer och mötesprotokollen, som från en del av de tidiga observationerna av styrgruppen, att det var centralt att fastställa vad som var uppdraget för Närvårdssamverkan och på vilket sätt det anknöt till de ordinarie verksamheterna. Den diskussionen fick sin form genom arbetet med att ta fram målbilder för Närvårdssamverkan. Det fick sedan sin efterföljare med måldokument och verksamhetsplaner för att skapa en tydlighet kring Närvårdssamverkans inriktning och vilka förväntningar som kunde finnas på de olika verksamheterna som representanterna i styrgruppen företräder.

Arbetet har fortsatt och trots en del tveksamheter har de nya verksamhetsplanerna för 2014 och det arbete som skett kring detta rönt uppskattning från flera ledamöter i styrgruppen. De anser att det är en central styrform för Närvårdssamverkan. Arbetet har inneburit att styrgruppen har

tagit fram måltal för 2014 för varje målgrupp i Närvårdssamverkan.⁸ I intervjuerna framkommer att det finns en förväntan på att måltalen ska underlätta arbetet för styrgruppen att följa upp vad som händer i de olika huvudmännens verksamheter med fokus på målgrupperna och olika samverkansaktiviteter.

Man måste ju också vara noggrann med att hitta vad som är samverkan, samverkansmålen då, inte var och ens huvudmans ordinarie uppgift. Verksamhetsplanen för 2014 är en presentation av ett sätt att arbeta som vi skulle kunna ta med oss. (repr. Styrgruppen)

Det finns i intervjuerna med styrgruppens ledamöter en ambivalens kring arbetet med verksamhetsplaner. Å ena sidan uppfattas de som rimligt att styrgruppen använder denna typ av verktyg för att styra verksamheten. Å andra sidan är flera av respondenterna osäkra på i vilken utsträckning som det kan vara relevant för styrgruppen att arbeta med verksamhetsplaner i den omfattning som man har gjort. De synpunkter som förs fram är att Närvårdssamverkan inte har någon operativ verksamhet annat än den verksamhet som kansliet står för och att det behövs tydliga referenspunkter till huvudmännens verksamhet och mål.

Närvårdssamverkan – nedre ledningsstruktur

Här redovisas hur den nedre ledningsstrukturen är organiserad och vilka implikationer det kan få för samverkan mellan huvudmännen. Det blir en redogörelse för hur ledningsgrupperna fungerar och vilka svårigheter som finns i att få igång samverkan.

Närvårdsområdenas ledningsgrupper

Varje närvårdsområde är ett geografiskt område som motsvaras av de medverkande kommunerna. I området finns verksamheter och organisationer som möter de uppmärksammade målgrupperna i Närvårdssamverkan. Ifrån den kommunala verksamheten är vård, skola, omsorg och socialtjänst och från regionen är det primärvård i form av Närhälsan och specialiserad sjukvård på sjukhusnivå samt habilitering. Därutöver finns även en grupp privata aktörer inom primärvården. Ledningsgrupperna inom de olika

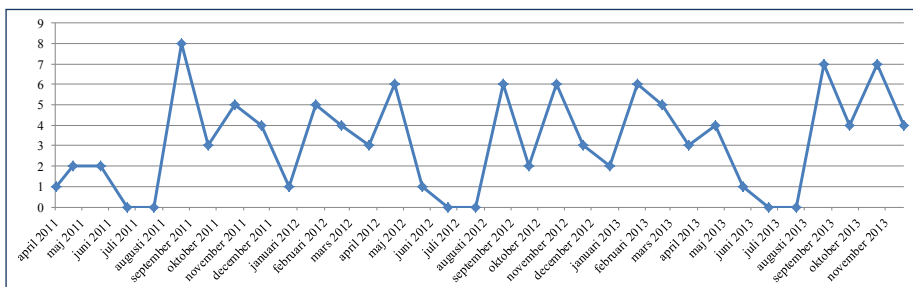
⁸ Styrdokument Närvårdssamverkan. (www.narvardssamverkan-sodra-alvsborg.vgregion.se 2014-03-04)

närvårdsområdena har således en sammansättning av chefer från de ovan nämnda verksamheterna.

Representationen i ledningsgrupperna är generellt densamma, det vill säga ordförande är en kommunrepresentant och genomgående sitter även ordförande med i styrgruppen för Närvårdssamverkan. Därutöver är det sagt att ledningsgruppen ska bestå av minst två kommunrepresentanter från några av de nämnda verksamhetsområdena i kommunen. Det ska vara minst en representant regionens primärvård och i förekommande fall kan även privata utförare av ledamot i ledningsgruppen. När det gäller representanter för sjukhus, det vill säga öppenvård psykiatri (barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri) habilitering och hälsa och övrig primärvård (som till exempel rehab, ungdomsmottagning) samt folkhälsosamordnare kallas dessa representanter vid behov, men minst en gång per år. Därutöver kan även ytterligare representanter finnas med i ledningsgruppen beroende på hur de lokala förutsättningarna ser ut. En koordinator från kansliet medverkar alltid.

Under perioden har ledningsgrupperna genomgående haft möten enligt den plan som finns för Närvårdssamverkan. Diagram 5 visar att möten har genomförts kontinuerligt över perioden och att de följer den gängse verksamhetscykeln med lägre aktivitet över jul och nyår samt över sommarmånaderna.

Diagram 5. Det totala antalet möten per månad i de tio närvårdsområdena.



Mötesstrukturen har byggts på att mötena har tematiserats så att varje ledningsgruppsmöte har behandlat frågor för en av de målgrupper som uppmärksammas inom Närvårdssamverkan. Det har givit att frågor för varje målgrupp behandlas enligt ett rullande schema under året. Det finns

inget som antyder att något tema generellt är svårare att genomföra, det vill säga att få till ett möte med rätt personer eller tillräckligt med personer inom verksamhetsområdet. Ett viktigt skäl att tematisera mötena har varit att lösa representationen vid ledningsgruppernas möten. Möjligheten att närvara vid mötena är en viktig förutsättning, men det finns även andra förutsättningar som har betydelse för att ledningsgrupperna ska fungera på ett effektivt sätt.

Från kommunen satt förvaltningschefer. Vi har ju lagt ribban rätt så högt där. Primärvården skickar en vårdcentralschef som är chef då för en av vårdcentralerna och företräder de andra. Och SÅS har ju skickat utvecklingsledare och det har varit lite blandat med representanter för SÅS, men alltså inga tunga chefsposter har det ju inte varit. Det blir till en svårighet för det vi sitter och pratar om. Alltså när förvaltningscheferna hos oss sitter med då kan man ju verkligen få fram beslut som ju i princip går att verkställa dagen efter ledningsgruppens möten. Men för SÅS och primärvården måste ju förankra det i sin tur och har väl mer eller mindre långa vägar att gå innan de har fattat beslut då. (repr från kommun)

Mandatet att fatta beslut ser olika ut för representanterna i ledningsgrupperna och det finns en tendens att regionens representanter inte har samma närhet till beslutsrummet i sin hemorganisation. Det finns dock ingen genomgående uppfattning bland respondenterna att det framför allt skulle vara regionens representanter som har största svårigheter med återkopplingen till verksamheten. Detta är snarare ett problem som påtalas generellt.

Fördelen med tematiseringen av mötena är att det gör det möjligt att samla deltagare med specifik kompetens, erfarenhet och ansvar kring olika frågor för att åstadkomma en så kvalificerad diskussion som möjligt. Även om det tematiseras på det sätt så finns svårigheter som att genomföra mötena så att alla känner att det är angeläget.

Varje möte ska ju ha eget tema är ju tänkt utifrån de prioriterade grupperna, svårt att hålla det på det sättet. Svårt ibland att veta vilka frågor man ska ta upp därför att egentligen så ska ju alla parterna vara med på det mötet och då bör det ju vara frågor som rör alla annars blir ju någon sittande överksam, vilket också gör att vi fort-

farande har egna möten, kommunen och jag då för att diskutera frågor som bara rör vårdcentral/kommun. (repr. Regionen)

Det kräver en viss planering för att genomföra den omfattande mötesstrukturen, men det anses ändå inte vara den mest krävande insatsen att få till mötesstrukturen. Det handlar i stället om att föra in frågeställningar som har betydelse för verksamheten.

Vi har inte planerat, men jag känner...vi har diskuterat i min ledningsgrupp hur vi ska få stuns i det här så det inte bara blir ett möte där man lite lamt sitter och diskuterar. Utan att det faktiskt blir så att vi går vidare i vår samverkan. (repr. Kommunen)

Nackdelen med tematisering är att varje målgrupp kan begränsas till att behandlas på ett möte per år. Mötesordningen löser framför allt representationen på mötena, men man löser inte verksamhetens behov, enligt en del respondenter. Trots det har ingen av de intervjuade fört fram alternativa lösningar. De anser att det är svårt att finna en optimal mötesordning, men det finns flera som påtalar behovet av att ha en tydlig ordning som medverkar till att beslut efterlevs i verksamheten och följs upp ledningsgruppen. På samma gång är det angeläget att inte tappa möjligheten att diskutera sig fram till olika lösningar för verksamheten genom att företrädare för olika verksamheter träffas.

Det är ju så mycket. Det ska utses en ordförande och det ska föras protokoll. Alltså vi har ju haft samverkansgrupper innan och där har man träffats mer informellt, var och en har fört sina egna anteckningar, ja så kommer man överens om saker och ting vid sittande bord och så där. Så att det har ju gått snabbare och så, men sedan kan man säga att de besluten är ju inte så varaktiga. Jag kan tänka mig att någonstans så borde man hitta tillbaka till dit. I alla fall kring vissa frågor, och att andra frågor av, ska vi kalla det, bredare eller tyngre karaktär, alltså... Där måste det nog kanske byråkratiserats ännu mer för att få följsamhet i besluten och få tyngd i de och att de inte glöms bort efter två år. (repr. Kommunen)

Trots olika svårigheter som påtalas med att finna en mötesstruktur som fungerar, en mötesordning som motiverar, en representation som gör det möjligt att

återkoppla och koppla ihop det som händer har ledningsgrupperna i huvudsak haft en fungerande mötesordning. En formell struktur ger samtidigt en ordning med dokumentation och möjlighet att följa upp beslut som fattas.

Det finns samtidigt en viss kritik från en del kommunrepresentanter att det är kommunen som förväntas ta huvudansvaret för närvårdsområdenas möten. Ordförandeskapet i ledningsgruppen för närvårdsområdet innebär huvudansvaret för arbetet att få ihop en dagordning. Det gäller även ansvaret att bjuda in relevanta medverkande vid mötena utöver de som är ordinarie ledamöter i ledningsgruppen.

Närvårdsområdenas ledningsgruppsmöten har utformats på ett sätt så att det finns tydliga tendenser att det är kommunens representanter som får ta det fulla ansvaret för dessa möten på regionens representanters villkor. (repr. Kommunen)

Det finns samtidigt exempel på när regionens representanter tar ett tydligt ansvar för det gemensamma arbetet. De har emellanåt större representation i vissa närvårdsområden än vad som förväntas av dem. Det finns även exempel på ett tydligt engagemang från såväl från regionens representanter som från kommunens representanter. Trots detta framkommer det att det vid några tillfällen inte varit möjligt att genomföra möten, enligt den planerade ordningen, eftersom de representanter som behövt närvara inte varit med. Likväl har ledningsgrupperna i närvårdsområdena haft en relativt hög mötesfrekvens.

Diagram 6. Antal möten i respektive närvårdsområde under de tre första åren.

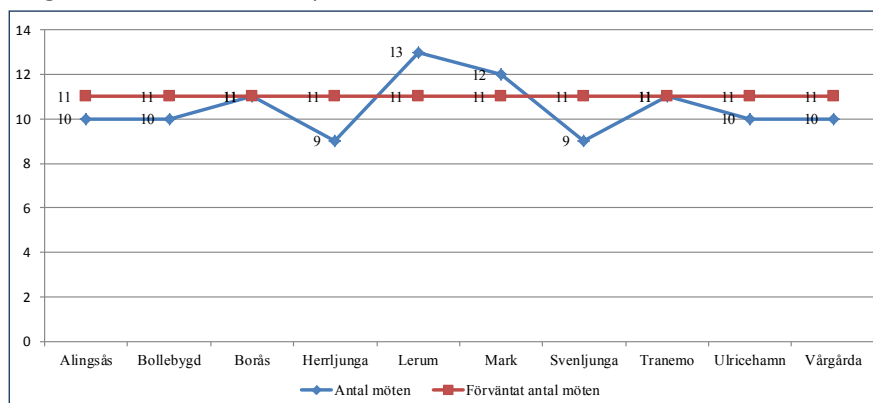
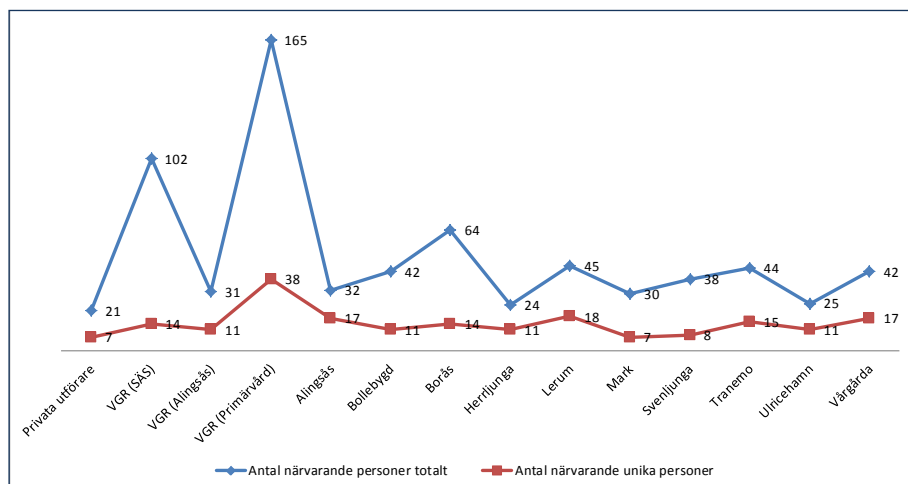


Diagram 6 visar att sex av ledningsgrupperna har haft färre möten än vad som är sagt enligt dokumentet som beskriver arbetsordningen, men samtidigt har några av ledningsgrupperna haft fler möten än vad som är förväntat. Dessa avvikelser är inte sammantaget av någon större omfattning och har förmodligen mindre betydelse. Det är dock viktigt att betänka att en eller två färre möten kan innebära att en ledningsgrupp inte har någon organiserad kontakt på över ett halvår.

Diagram 7 illustrerar att det totala antalet personer som medverkat vid ledningsgruppernas möten och visar att primärvården (VGR) har hög närvaro och att det gäller även för Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS). När detta relateras till antalet unika personer som representerar de olika aktörerna blir det tydligt att SÄS har ett mindre antal personer som medverkat på närvårdsområdenas ledningsgruppsmöten.

Diagram 7. Antal personer på ledningsgruppsmöten för varje närvårdsområde.



* Med unika personer avses att personen endast räknas en gång oavsett antal möten.

En närmare granskning av hur många personer som varit närvarande på dessa möten visar att det i snitt deltog 7 personer på varje möte. Det har som minst varit 3 personer på ett möte och som flest 15 personer. Antalet närvarande på de olika närvårdsområdenas ledningsgruppsmöten skiljer sig mellan 5 närvarande i snitt till 11 närvarande i snitt. Även unika per-

soner som representerade kommunerna vid ledningsgruppsmötena skiljer sig åt mellan kommunerna. Skillnader grundar sig på att vissa närvårdsområden har ledningsgrupper med en något större representation från kommunen, men framför allt kommer sig skillnaden av att en del ledningsgrupper har ett större antal adjungerade personer.

När det gäller privata utförare så är det endast 7 unika personer och det är endast Alingsås, Borås och Ulricehamns närvårdsområden som har en representation i ledningsgruppen av privata utförare. Representationen från privata utförare är genomgående låg och bland annat styrgruppen för närvårdssamverkan har diskuterat detta. Även om man vill ha en högre representation generellt så har det inte skett några mer tydliga försök för att öka den.

När det gäller hur mycket arbetstid som dessa möten tagit i anspråk, vilket endast avser den faktiska mötestiden är en utgångspunkt att de flesta möten pågick cirka två till tre timmar. Det kortaste mötet var 1,5 timme om man bortser från att minst ett möte har avbrutits på grund av att en huvudmans (regionen) ledamöter inte var närvarande och det längsta mötet var 7 timmar.

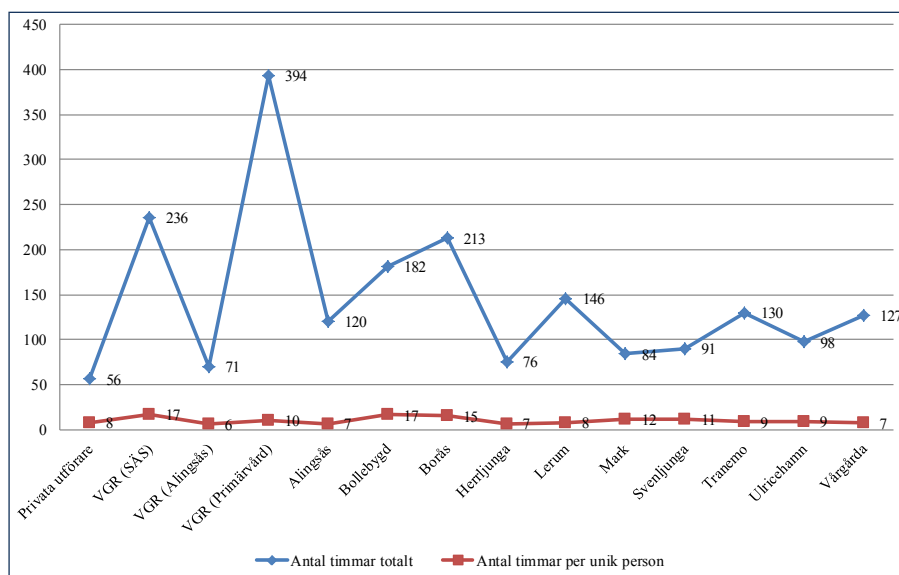
Tabell 4. Totala antalet mötestimmar för varje närvårdsområde.

Närvårdsområde	Timmar totalt
Bollebygd	34
Borås	30
Mark	29
Lerum	28
Tranemo	27
Alingsås	26
Ulricehamn	25
Vårgårda	23
Svenljunga	21
Herrljunga	20

Det totala antalet mötestimmar i tabell 4 visar hur många mötestillfällen i timmar räknat som varje närvårdsområde samlar ledningsgruppen. Det kan tyckas inte vara så stor skillnad mellan närvårdsområden, men Herrljunga har genomfört knappt 60 procent av Bollebygds mötestid. Anledningen till att Bollebygd ligger i topp är att de inledningsvis hade ett helagsmöte och anledningen till att till exempel Herrljunga och Svenljunga är placerade långt ner är att de har haft färre mötestillfällen och inte mötestidens längd.

En analys av den totala faktiska mötestiden som varje aktör lägger på ledningsgruppsmötena ger lite annan kompletterande information. Detta framgår av diagram 8 nedan.

Diagram 8. Antal mötestimmar för närvårdsområdenas ledningsgrupper.



*Det totala antalet mötestimmar är framräknat genom att multiplicera det totala antalet personer som medverkat vid respektive ledningsgrupps möten med det totala antalet mötestimmar.

Av diagram 8 framgår att den aktör som lägger ner mest timmar på ledningsgruppsmöten är den offentligt genomförda primärvården som lägger ner 394 timmar. Därefter följer SÅS med 236 timmar, Borås stad med 213 timmar och Bollebygd med 182 timmar. Detta ska jämföras med

privata utförare som bidrar med 56 timmar och Herrljunga som bidrar med 76 timmar. En närmare granskning av dessa timmar visar att den offentligt genomförda primärvården också har en ett stort antal personer som medverkar från varje vårdcentral. Det gör att dessa timmar blir cirka 10 per unik person, vilket inte är så anmärkningsvärt i jämförelser med de andra aktörerna. Omfattningen är jämförbar med många av kommunerna. Anledning till att Bollebygd har många timmar beror bland annat på att man genomförde en heldag för ledningsgruppen och när det gäller Borås så beror det på att kommunen har ett stort antal deltagare på ledningsgruppsmötena. När det gäller SÅS är såväl den totala tidsinsatsen stor som timmar fördelat per unik person, men är i båda fallen jämförbar med andra aktörers tidsinsats. Det är dock värt att notera att SÅS, Bollebygd och Borås har en stor arbetsinsats fördelad på antalet unika personer i jämförelse med andra aktörer.

Avslutningsvis kan nämnas att återkommande i intervjuerna påtalas vikten av att det finns ett engagemang från de som sitter med i ledningsgrupperna, vilket många också anser att det finns. Samtidigt visar det sig att den tematiska formen som å ena sidan underlättar att olika representanter samlas kring ett område, å andra sidan gör att de som inte omfattas av den målgruppen eller verksamheten har svårt att engagera sig i dessa möten. Konsekvensen blir frånvaro eller ett lägre engagemang vid dessa tillfällen.

Utvecklingsråd och arbetsgrupper

Utvecklingsråden har redan från början haft en viktig funktion eftersom det är dessa grupper som förväntas bidra med kvalitets- och utvecklingsarbetet inom Närvårdssamverkan. Det är styrgruppen som utser ledamöterna och vem som är sammankallande. Från början inrättades utvecklingsråd för målgruppen, barn och unga vuxna i utsatta situationer, äldre multisjuka och multisviktande och personer med psykisk ohälsa. Senare inrättades även ett utvecklingsråd för personer med funktionsnedsättning.

Råden har träffats kontinuerligt sedan starten, vilket innebär 5–6 tillfällen per år. Undantaget är utvecklingsrådet för äldre multisjuka och multisviktande som träffas 8–9 gånger per år. Det är i utvecklingsråden som verksamhetsmässiga frågor kring de olika målgrupperna diskuteras.

I råden diskuteras och beslutas om olika insatser och uppföljning av gjorda insatser. Trots att de har ett tydligt fokus på verksamhetens innehåll och genomförande med uppmärksamhet på patienter/brukare är det svårt att se vilken inverkan deras arbete har på de olika organisationernas verksamhet, enligt en del intervjuer.

Sedan som jag säger... om jag ska vara lite krass och säga att det som har hänt i de här frågorna om vi nu ser helt till närvårdssamverkan, det hade hänt antingen utvecklingsrådet hade funnits eller inte, så kan jag se det. Vi har inte haft någon styrande eller ledande roll utan det har varit andra krafter som har jobbat och sett till att någonting har hänt ute i organisationerna. (repr utvecklingsråd)

Överlag har utvecklingsråden haft en otydlig placering i organisationen, vilket både representanter i råden påtalar och representanter från närvårdsområdenas ledningsgrupper. Det har medfört att det varit svårt för utvecklingsråden att få ett tydligt mandat eller tydliga uppdrag att arbeta utifrån samt att finna mottagare för eventuellt resultat. Dessa oklarheter har kommit att skymma det arbete som utvecklingsråden gör då resultatet från deras arbete har haft svårt att nå ut i närvårdsområdena.

När det gäller de arbetsgrupper som bildas i närvårdsområden kring de olika målgrupperna har de inte varit i gång tillräckligt länge och i en omfattning som gör att deras verksamhet kan utvärderas. Det finns en del respondenter som påtalar att det varit trögt att få igång dessa arbetsgrupper och att den främsta anledningen har varit att det inte varit helt tydligt var som är syftet med dessa grupper.

Inledningsvis var det svårt att få igång arbetsgrupperna i närvårdsområdena och den främsta anledningen till det verkar antingen vara att man inte riktigt ser syftet eller vinsten i vardagsarbetet med dessa grupper. (repr Kommunen)

Lokala arbetsgrupper har dock initierats i de flesta närvårdsområdena och många gånger har man passat på att använda redan inarbetade grupper. Det uppfattas som en poäng inte bara för att det redan finns upparbetade samarbetsformer utan även för att det är svårt att hinna med fler möten i nya grupper.

Ja lokala psykiatrirådet är ungefär också sex gånger per år. Sedan har vi, jag glömde det, vi träffas ju vårdcentralcheferna. Det är ju en grupp som jag sammankallar och håller i och den träffas fyra gånger per år. Gruppen för äldre multisjuk/multisviktande träffas en gång i månaden cirka. (repr Regionen)

Det finns dock en tendens att dessa grupper i huvudsak har en sammansättning av chefer eller utvecklingsledare och att de därför kommer att behandla frågor som framför allt rör ledning, styrning och organisering av verksamheten. En del av de intervjuade ser en fara med det då det skapas ännu en mötesplats som inte tar tag i vardagens samverkansproblematik, vilket det finns behov av att göra. Det dock för tidigt att göra den bedömningen av arbetsgruppernas arbete.

Sammanfattningsvis

När Närvårdssamverkan introducerades ägnades mycket tid i ledningsstrukturen, framför allt styrgrupp och ledningsgrupper, åt att komma överens om vilka intentioner som fanns med Närvårdssamverkan och hur dessa ledningsorgan skulle arbeta. Det kom att innebära att mycket tid ägnades åt att få den formella organisationen att fungera. Det fanns således bland styrgruppens ledamöter mycket funderingar kring vilken mötesstruktur och möteskultur som man skulle ha i styrgruppen, vilket tydligt framkom i intervjuerna. Det fanns mycket funderingar på hur de skulle utveckla arbetet i gruppen får att få till en gemensam styrfunktion. Svårigheten var ansåg man inledningsvis att balansera mellan att inte träffas för ofta eftersom det inte fanns tid för det och samtidigt lära känna varandra och varandras verksamheter för att utveckla en god ledningsfunktion för Närvårdssamverkan. Efter tre år har ledningsstrukturen i Närvårdssamverkan utvecklats mer tydliga rutiner och de som sitter i de olika grupperna anser antingen att det fungerar bra eller förlikat sig med att formen för att ledningssamverkan kommer att fungera på det sätt som det gör. Det betyder inte att det saknas funderingar hur ledningsstrukturen kan utvecklas.

Det politiska samrådet är ledningsstrukturens politiska styrning. I den rollen eller funktion har de ingen tydlig betydelse för vilka frågor som exempelvis styrgruppen behandlar. De kan möjligtvis ha en indirekt bety-

delse då de politiker som sitter i samrådet har ett politiskt mandat att leda de hemorganisationer som de representerar. Däremot är den samstämmiga uppfattning att det politiska samrådet inte verkar ha någon direkt påverkan på det arbete som görs inom ramen för Närvårdssamverkan. Då det samtidigt finns en ökande frånvaro från ledamöternas sida samt att de frågor som behandlas verkar vara mer av förvaltningsorganisatorisk karaktär behöver det politiska samrådets roll utvecklas om det ska ha någon betydelse för ledningen av Närvårdssamverkan.

Styrgruppen har funnit sina arbetsformer och det har blivit en traditionell styrgrupp som har den mötesdramaturgin som präglar den typen av grupper. Formen består av återkommande möten med en utskickad agenda som protokollförs. Arbetsformen ger en stabil och känd struktur som är känd och bekväm för dem som är med som ledamöter. Eftersom många ledamöter uppfattar att arbetet i Närvårdssamverkan är tidskrävande underlättar det att det sker i arbetsformer som känns igen. Det är en intressant utveckling då intervjuerna det första året visade att ledamöter i styrgruppen inte var helt nöjda med hur mötena genomfördes. Den förändrade uppfattningen grundar sig på en kombination av att ledamöterna vant sig och att mötesformen har förändrats något under åren.

Arbetet i Närvårdssamverkan uppfattas som sagt av flertalet som intervjuas som tidskrävande. Styrgruppens ledamöter träffas fyra gånger per år cirka tre timmar åtgången till det kommer förberedelse- och tid för att följa upp det som beslutas i styrgruppen. Om man tar med att en del ledamöter också leder ledningsgrupperna eller sitter med som ledamöter i närvårdsområdenas ledningsgrupper som träffas ungefär med samma intervall och omfattning kan man konstatera att den tidsinsats som varje ledamot sätter in i Närvårdssamverkan är en mindre del av den totala arbetstiden. Det är förmodligen inte tiden i sig som är problemet utan kravet på engagemang och att Närvårdssamverkan förväntas vara närvarande även i hemorganisationernas verksamhet.

Styrgruppens möjlighet att leda Närvårdssamverkan är relativt stor om vi avgränsar detta till den ledningsstruktur som utvecklats. Däremot blir svårigheten påtaglig om styrgruppen även har ambitionen att leda samverkan mellan de huvudmän, organisationer, verksamheter och professioner

som är en del av Närvårdssamverkan. I det avseendet blir utmaningen betydligt mer komplex och omfattande för att få till samverkan. Den involverar en bredd av verksamheter och flera hierarkiska nivåer för varje huvudman. Varje ledamot i styrgruppen har därigenom ansvaret att tillse att det föreligger en koppling mellan Närvårdssamverkan och den ordinarie verksamheten. Detta visar sig samtidigt vara den kanske mest komplicerade delen av närvårdssamverkan och svårast att genomföra. Eftersom relationen till huvudmännen är en avgörande implikation för om närvårdssamverkan ska få någon mer långsiktig betydelse för målgrupperna är det centralt att man säkerställer att det föreligger en stark koppling däremellan.

Närvårdsområdenas ledningsgrupper har ansvaret för den lokala styrningen och samordningen av samverkan mellan huvudmännens verksamheter. Det innebär att ledningsgruppens huvuduppgift är att initiera och samordna samverkan mellan de olika verksamheterna. För att det ska vara möjligt är det centralt att det finns ett möte mellan de olika företrädarna för verksamheterna där förutsättningar, genomförande och uppföljning av samverkan behandlas. Strukturellt finns ett sådant möte arrangerat i form av ledningsgruppens mötesstruktur. Den tematiska ordningen som genomgående utvecklats för ledningsgrupperna har skapats för att det ska vara möjligt att lokalt samla företrädare för olika verksamheter. Denna standardisering av mötesordningen är till för att de skillnader som finns mellan huvudmännens organisationer ska överbryggas. Baksidan med standardiseringen är att den ordningen inte alltid motsvarar vilka frågor som är angelägna att ta upp för en ledningsgrupp vid ett speciellt tillfälle. Det finns därför anledning att försöka hitta en balans mellan den tematiska standardiseringen och de lokala behoven av möten mellan verksamheterna.

Ledningsgrupperna ägnar en del av sin tid åt generella övergripande frågeställningar och styrning i form av verksamhetsplanering. Många av de frågor som behandlas sker som en direkt konsekvens av att ledningsgrupperna är en del av närvårdssamverkans organisering. Det är inte alltid som de frågeställningar som kommer upp på dagordningen som följd av att de initieras av styrgruppen är centrala för den lokala samverkan som sker i närvårdsområdena. De behöver därför balanseras med de lokala behov

av samverkan och gemensamma insatser som finns inom varje närvårdsområde. Det är därför avgörande att ledningsgrupperna utvecklar former för att skapa ett relevant möte mellan företrädarna för de olika huvudmännens verksamheter.

Kansliet för närvårdssamverkan har en central roll som stöd för bland annat styrgrupp och ledningsgrupper. Om kansliets roll från början var att initiera och tillse att arbetet inom närvårdssamverkan startade och fann sina former har rollen efterhand blivit att sörja för verksamhetens inriktning och medverka till kompetens- och informationsöverföring mellan olika grupperingar inom närvårdssamverkan. Det har därmed också utvecklats en skillnad mellan olika ledningsgrupper i hur beroende man är eller låter sig vara av kansliets insatser. Kansliets mest framträdande roll bör vara att stödja styrgrupp och ledningsgrupper i deras arbete. I den utsträckning kansliet får en ledande roll övertar de ansvaret från styrgrupp eller ledningsgrupperna. Det är därför centralt att de olika ledningsorganen efterhand övertar ansvaret för sin funktion, något som ännu inte fullt ut har skett, och överlåter till kansliet att ha en samordnande och stödjande funktion för närvårdssamverkan.

Det finns ett antal centrala utmaningar att hantera inom närvårdssamverkan. En är kopplingen till huvudmännens verksamheter. Den är oklar idag och därför är det också oklart vilka förväntningar som kan finnas på närvårdssamverkan när det gäller att intervensera i befintlig verksamhet. En annan utmaning är att utveckla en mötesstruktur som balanserar mellan behovet av att styra samverkan genom närvårdssamverkan och att behandla frågor som utgår från verksamhetens behov. Det finns därför ett behov av att fundera över vilka mötesformer och procedurer som är mest relevanta för att åstadkomma samverkan mellan huvudmännens verksamheter. Det finns i dag en tendens att arbetsformer och mötesordning mer uppfyller den förvaltningslika organisationens behov av ordning. Då närvårdssamverkan i sin aktivitet framför allt sker genom olika möten behöver det ske en bedömning om den ska styras på samma sätt som en förvaltning eller om det finns andra former för styrning som kan vara mer relevanta. Ett alternativ är att se närvårdssamverkan som ett nätverk och utveckla former för styrning efter det.

Enkätstudien (Delstudie B)

Inledning

Syftet med enkätstudien var dels att studera hur långt implementeringen hade nått under hösten 2013 när det gäller kunskap om och attityder till Närvårdssamverkan, dels att studera om det hade skett några förändringar i dessa avseenden mellan våren 2012 när den första enkäten skickades ut och hösten 2013 när en uppföljning av samma enkät genomfördes. Enkäten vi använde oss av var identisk vid de två undersökningstillfällena för att på det sättet möjliggöra statistiska jämförelser.

Studien genomfördes i form av två webbenkäter, den första i mars 2012 och den andra i november 2013. Vid båda tillfällena gick det ut ett e-postmeddelande som innehöll kort information om målgrupp, syfte med enkäten, kontaktuppgifter vid frågor samt en länk till webbenkäten som respondenten kunde klicka på för att lämna sitt svar. Enkäten inleddes med ytterligare information om undersökningen samt hur enkäten skulle fyllas i. Enkäten utgjordes av bakgrundsfrågor, om respondenten hört talas om Närvårdssamverkan tidigare samt frågor kring implementeringen av Närvårdssamverkans tre huvudområden. De respondenter som hade hört talas om Närvårdssamverkan fick besvara påståenden som handlade om implementeringen av Närvårdssamverkan, som i sin tur var indelade i fyra områden. Dessa var kännedom om och förväntningar på Närvårdssamverkan, samt förutsättningar och hinder för Närvårdssamverkan. Det tog ungefär tio minuter att fylla i enkäten och det fanns möjlighet att ta paus i ifyllandet och återkomma vid ett annat tillfälle. Två påminnelser skickades ut vid var och en av undersökningstillfällena.

Urvalet vid första undersökningstillfället

Urvalsprocessen för att få fram deltagare till första undersökningstillfället skedde i fyra steg. Först kartlades var vårdssamverkan skedde i störst utsträckning inom det geografiska område som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg verkar. Härfter gjordes ett 40 procentigt urval av kartlagda verksamheter som skulle ingå i undersökningen. Urval av verksamheter skedde, med några få undantag⁹, slumpmässigt genom lottning.

⁹ Undantagen återfinns i bilaga 1 med metod för delstudien.

I nästa steg identifierades professioner och befintliga chefsnivåer i utvalda verksamheter, och slutligen kontaktades chefer inom utvalda verksamheter för att få fram e-postadresser till utvald personal samt till chefer.

Vid första undersökningstillfället skickades 1 598¹⁰ webbenkäter ut till chefer och medarbetare där 966 var anställda inom Västra Götalandsregionen, 599 var anställda i en kommun och 33 var anställda på en privat vårdcentral. Av det totala antalet utskickade enkäter besvarades 913, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 57 procent. I tabell 5 nedan framgår antal som valdes ut och som besvarade enkäten samt svarsfrekvens, dels totalt för hela undersökningen och dels uppdelat på region, kommuner och privata vårdcentraler.

Tabell 5. Svarsfrekvens undersökningstillfälle 1.

Arbetsgivare	Antal utvalda	Antal svarande	Andel svarande
Kommun	599	429	72 %
Västra Götalandsregionen	966	472	49 %
Privat vårdcentral	33	12	36 %
Totalt för enkätundersökningen	1 598	913	57 %

Av tabell 1 framgår att kommunanställda besvarade enkäten i störst utsträckning, andelen svarande var här 72 procent. Ungefär hälften (49 procent) av dem som fick enkäten inom Västra Götalandsregionen och ungefär en tredjedel (36 procent) av dem anställda på en privat vårdcentral besvarade enkäten. Här framgår också att av 913 inkomna svar, kom ungefär hälften (429 svar) från kommunanställda och ungefär hälften (472 svar) från regionanställda.¹¹

Urvalet vid andra undersökningstillfället

Urvalet vid andra undersökningstillfället bestod av de 913 som besvarat enkäten vid första tillfället, detta för att skapa förutsättningar att studera

¹⁰ Det egentliga antalet utskickade enkäter var 1607. Vid analys av bakgrundsfrågor visade det sig att nio personer ej tillhörde utvalda yrkesgrupper för att ingå i studien, varpå de plockades bort från resultatdel.

¹¹ En mer detaljerad beskrivning av hur delstudien genomfördes finns som bilaga 1. Där framgår också hur svarsfrekvensen fördelades mellan olika verksamhetsområden.

den eventuella effekten av implementeringen på kunskap och förväntningar samt förutsättningar och hinder för Närvårdssamverkan.

Tabell 6. Svarsfrekvens undersökningstillfälle 2.

Arbetsgivare	Antal utvalda	Antal svarande	Andel svarande
Kommun	429	219	51 %
Västra Götalandsregionen	472	283	60 %
Privat vårdcentral	12	4	33 %
Totalt för enkätundersökningen	913	506	55 %

Av tabell 6 framgår att regionsanställda var flitigast med att besvara enkäten vid undersökningstillfälle 2, andelen svarande var här 60 procent. Ungefär hälften (51 procent) av dem som fick enkäten inom kommunen och ungefär en tredjedel (33 procent) av dem som fick enkäten vid en privat vårdcentral besvarade enkäten. Av de 506 inkomna svar, kom 43 procent (219 svar) från kommunanställda och 56 procent (283 svar) från regionsanställda. Viktigt att notera i sammanhanget är att antalet svarande från privata vårdcentraler endast bestod av 4 personer och utgjorde en så liten del att det inte går att dra några slutsatser i resultaten kring denna grupp.¹²

För att skapa förutsättningar att undersöka den eventuella effekten av implementeringen av Närvårdssamverkan i de kommande analyserna, har vi valt att använda oss av samma grupp av individer när vi jämför undersökningsresultaten från 2012 med resultaten från 2013. Tillvägångsättet för att säkerställa detta gick till på så sätt att endast individer som besvarat enkäten 2013 togs med i jämförelserna av resultaten mellan 2012 och 2013. Men även om vi säkerställt att vi jämför samma grupp så innebär inte detta att det är samma individer som besvarat var och en av enkätfrågorna vid de två undersökningstillfällena. Anledningen till detta var att det var en större andel individer som kände till Närvårdssamverkan i undersökningen som gjordes 2013 jämfört med undersökning från 2012. Det innebär att det var en betydligt mindre andel individer som hade kunskap om denna samverkansinsats och som därför besvarat frågor som rör Närvårdssamverkan 2012 jämfört med 2013. Av denna anledning ha vi konsekvent redovisat

¹² I bilaga 2 framgår också hur svarsfrekvensen fördelades mellan olika verksamhetsområden.

två typer av analyser när vi jämför resultatet från 2012 och 2013. Vi har för det första gjort jämförelser där vi inkluderat samtliga individer som besvarat en viss fråga 2012 respektive 2013, vilket innebär att individerna vi jämför vid de två tidpunkterna endast delvis är desamma. Men vi har också valt att göra jämförelser där vi endast inkluderar dem som redan hade kunskap om Närvårdssamverkan vid första undersökningstillfället 2012, vilket innebär att individerna vi jämför vid de två tidpunkterna är desamma. Vi har valt att konsekvent redovisa båda former av jämförelser eftersom vi anser att det både kan vara av intresse att jämföra samma individer såväl som samtliga svarande vid de två undersökningstillfällena.

Resultat

Syftet med analyserna nedan är som tidigare nämnts för det första att studera kunskap om och förväntningar på Närvårdssamverkan samt förutsättningar och hinder för Närvårdssamverkan. För det andra syftar analyserna till att studera huruvida det fanns några skillnader i dessa avseenden mellan undersökningstillfällena 2012 och 2013.

Hört talas om närvårdssamverkan tidigare

I 2012 års undersökning var det 55 procent av respondenterna som uppgett att de hört talas om Närvårdssamverkan tidigare, medan 77 procent av samma respondenter ansåg detsamma i uppföljningsstudien 2013. I uppföljningsstudien var det 96 procent av cheferna som hört talas om Närvårdssamverkan medan motsvarande procentandel för medarbetarna låg på 74 procent. I studien 2013 var det också något fler som hört talas om Närvårdssamverkan i kommunen (86 procent) jämfört med regionen (71 procent).

Av tabell 7 framgår andel respondenter som hört talas om Närvårdssamverkan tidigare efter huvudman och år. Här framgår det att det var en klart mindre andel som hört talas om Närvårdssamverkan i Västra Götalandsregionen jämfört med kommunen, ett resultat som både gäller för 2012 och 2013. Av resultatet framgår även att skillnaden mellan huvudmännen var mer markant 2013 jämfört med 2012.

Tabell 7. Hört talas om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg (NVS) efter huvudman och år. Kolumnprocent.

	VGR 2012	VGR 2013	Kommun 2012	Kommun 2013
Hört talas om NVS	52	71	60	86
Ej hört talas om NVS	48	29	40	14
Summa procent	100	100	100	100
Antal	281	280	220	219

Kännedom om Närvårdssamverkan

Av dem som tidigare hört talas om Närvårdssamverkan hade merparten dålig kännedom om ledningsstrukturen. Det framgår av tabell 8, som visar procentuell fördelning över hur respondenterna svarat på de fyra påståendena som handlade om kännedom om Närvårdssamverkan. För att få resultatet mer överskådligt har vi i denna analys slagit ihop svarsalternativen *mycket stor kännedom* och *ganska stor kännedom* till kategorin *stor kännedom*. Och på motsvarande sätt har vi slagit ihop svarsalternativen *ganska liten kännedom* och *mycket lite kännedom* till kategorin *liten kännedom*.

Tabell 8. Kännedom om Närvårdssamverkan 2013. Radprocent.

Förutsättningar för Närvårdssamverkan i den egna verksamheten	Stor kännedom	Varken eller	Liten kännedom	Vet ej	S:a procent	Antal
A. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	22	31	47	0	100	388
B. Hur Närvårdssamverkan är organiserat	16	23	59	2	100	386
C. Vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas	23	24	52	1	100	386
D. Vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet	17	17	62	4	100	384

Nästan hälften av dem som hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare uppgav att de hade liten kännedom om Närvårdssamverkan Södra Älvs-

borg (47 procent), och över hälften uppgav att de hade liten kännedom om hur ledningsstrukturen är organiserad (61 procent) samt liten kännedom om vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas (53 procent). Lägst kännedom hade de svarande om vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet, där 62 procent svarade att de hade liten kännedom. Att de svarande hade låg kännedom om Närvårdssamverkan åskådliggörs även i tabellen 3, där medelvärde för vart och ett av de fyra påståendena redovisas.

Av dem som tidigare hört talas om Närvårdssamverkan kan vi notera att medelvärdena för påståendena om kännedom om Närvårdssamverkan är låga, ett resultat som både gäller för 2012 och 2013 (tabell 9). Så även om vi finner att det var en större andel som kände till Närvårdssamverkan så förefaller dessa individer haft en låg kännedom om Närvårdssamverkan. Lägst kännedom verkade finnas om vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet. Inga signifikanta skillnader kan noteras mellan mätningarna 2012 och 2013.

Tabell 9. Medelvärden för påståenden om kännedom om Närvårdssamverkan 2012 och 2013. Samtliga svarande. Ju högre medelvärde, desto högre kännedom (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Har kännedom om:	M 2012	s 2012	N 2012	M 2013	s 2013	N 2013
A. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	2,60	1,20	277	2,63	1,15	388
B. Hur Närvårdssamverkan är organiserat	2,39	1,23	271	2,34	1,18	380
C. Vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas	2,64	1,33	272	2,54	1,25	381
D. Vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet	2,31	1,33	270	2,18	1,27	371

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

För att utröna om det skett någon kunskapsackumulering bland dem som redan hade kunskap om Närvårdssamverkan i 2012 års undersökning har vi i tabell 10 analyserat om vi finner någon signifikant större kunskap i 2013 års undersökning bland dessa individer. Vi kan notera att vi finner

signifikant större kunskaper med undantag av vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet. Samtidigt kan vi konstatera att det inte handlar om någon drastiskt höjningen av kunskapsnivån eftersom medelvärdena i 2013 års undersökning inte i något fall når upp till mittenvärdet tre.

Tabell 10. Medelvärden för påståenden om kännedom om Närvårdssamverkan 2012 och 2013 bland dem som hade kunskap om Närvårdssamverkan i 2012 års undersökning. Ju högre medelvärde, desto högre kännedom (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Har kännedom om:	M 2012	s 2012	N 2012	M 2013	s 2013	N 2013
A. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	2,65**	1,20	257	2,94**	1,15	257
B. Hur Närvårdssamverkan är organiserat	2,44**	1,24	248	2,62**	1,22	248
C. Vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas	2,70*	1,34	250	2,86*	1,26	250
D. Vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet	2,37	1,34	240	2,42	1,33	240

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Jämförelser mellan respondenter från kommun och region, i undersökningen genomförd 2013, visar inte på några signifikanta skillnader för något av de påståenden som rör kännedom om Närvårdssamverkan. Av tabell 11 framgår dock att det fanns relativt stora signifikant skillnader mellan medarbetare och chefer när det gäller samtliga påståendena som rör kännedom om Närvårdssamverkan. Jämfört med medarbetare uppgav chefer generellt att de hade större kännedom om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.

Tabell 11. Chefers och medarbetares medelvärden för påståenden som rör kännedom om Närvårdssamverkan i 2013 års undersökning. Ju högre medelvärde, desto högre kännedom (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Har kännedom om:	Medarbetare			Chefer		
	M	s	N	M	s	N
Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	2,44**	1,06	312	3,43**	1,17	76
Hur Närvårdssamverkan är organiserad	2,10**	1,04	304	3,30**	1,20	76
Vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas	2,30**	1,12	305	3,51**	1,26	76
Vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för egna närvårdsområdet	1,92**	1,11	296	3,24**	1,29	75

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Förväntningar på Närvårdssamverkan

Att döma av resultatet i tabell 12 och 13 så tycktes förväntningarna på Närvårdssamverkan att vara fortsatt höga i studien 2013. Vi kan inte notera några signifikanta skillnader i förväntningar mellan 2012 och 2013, ett resultat som gäller oavsett om vi inkluderar samtliga respondenter som hade förväntningar (tabell 12) eller endast dem som hade förväntningar i 2012 års undersökning (tabell 13).

Tabell 12. Medelvärden för påståenden som rör förväntningar på Närvårdssamverkan 2012 och 2013. Samtliga svarande. Ju högre medelvärde, desto högre kännedom (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Förväntningar att Närvårdssamverkan ska bidra till:	M 2012	s	N	M 2013	s	N
A. Bättre insatser för brukare	4,48	0,66	255	4,44	0,72	358
B. Att förtydliga kommunens och regionens ansvarsområden	4,46	0,76	257	4,45	0,71	360
C. Bättre förutsättningar för samverkan mellan kommun och region	4,55	0,64	255	4,48	0,71	360
D. Ökad kvalitet i den egna verksamheten	4,37	0,80	253	4,25	0,89	349
E. Ökad kunskap om andra organisationer	4,22	0,85	249	4,15	0,86	351
F. Ökad kunskap om brukarnas behov	4,26	0,83	250	4,17	0,86	350
G. Att identifiera områden där det finns behov av ökad samverkan mellan kommun och region	4,51	0,69	257	4,44	0,72	355

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Tabell 13. Medelvärden för påståenden som rör förväntningar på Närvårdssamverkan 2012 och 2013 bland dem som hade förväntningar 2012. Ju högre medelvärde, desto högre kännedom (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Förväntningar att Närvårdssamverkan ska bidra till:	M 2012	s	N	M 2013	s	N
A. Bättre insatser för brukare	4,51	0,63	227	4,47	0,68	227
B. Att förtydliga kommunens och regionens ansvarsområden	4,46	0,76	232	4,49	0,68	232
C. Bättre förutsättningar för samverkan mellan kommun och region	4,56	0,62	234	4,55	0,66	234
D. Ökad kvalitet i den egna verksamheten	4,36	0,82	225	4,27	0,89	225
E. Ökad kunskap om andra organisationer	4,22	0,83	219	4,19	0,85	219
F. Ökad kunskap om brukarnas behov	4,27	0,83	222	4,21	0,84	222
G. Att identifiera områden där det finns behov av ökad samverkan mellan kommun och region	4,52	0,65	228	4,50	0,69	228

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Förutsättningar för Närvårdssamverkan

Respondenterna fick svara på påståendet som rörde förutsättningarna för Närvårdssamverkan, där utgångspunkten var den egna verksamheten. Bland annat handlade det om förekomsten av behov, motivation och resurser för Närvårdssamverkan i den egna verksamheten. Procentuell fördelning över hur respondenterna svarat i 2013 års undersökning på vart och ett av påståendena som rör förutsättningar i dessa avseenden återfinns i tabell 14. För att få resultatet mer överskådligt har svarsalternativen kategoriserats på motsvarande sätt som i tabell 8.

Tabell 14. Förutsättningar för Närvårdssamverkan i den egna verksamheten 2013. Radprocent.

Förutsättningar för Närvårdssamverkan i den egna verksamheten	Stämmer bra	Varken eller	Stämmer dåligt	Vet ej	S:a procent	Antal
Finns behov av samverkan mellan kommun och region	91	4	2	3	100	381
Finns motivation att arbeta med Närvårdssamverkan	65	21	3	11	100	379
Finns behov av omorganisering för att underlätta Närvårdssamverkan	30	28	6	36	100	379
Har omorganiserat för att underlätta Närvårdssamverkan	8	29	30	33	100	379
Ledningen har prioriterat Närvårdssamverkan	22	27	15	36	100	377
Finns tillräckliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan	12	27	28	33	100	379
Intentionerna med Närvårdssamverkan är kända	19	29	34	18	100	378

Av dem som tidigare hört talas om Närvårdssamverkan i undersökningen 2013 upplevde flertalet att den egna verksamheten hade behov av samverkan mellan region och kommun (tabell 14). Här uppgav 91 procent att detta stämde bra med den egna uppfattningen. Nästan två tredjedelar upplevde att den egna organisationen var motiverad att arbeta med Närvårdssamverkan, ett resultat som pekar på i detta avseende goda förutsättningar för att arbeta med denna samverkansstruktur.

Runt en tredjedel har svarat *vet ej* på fyra av sju påståenden som handlar om förutsättningar. De fyra påståendena är om det *finns behov av omorganisering för att underlätta Närvårdssamverkan*, om verksamheten *omorganiserat för att underlätta Närvårdssamverkan*, om *ledningen prioriterat Närvårdssamverkan* och om det *finns tillräckliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan*. För påståendet *om intentionerna med Närvårdssamverkan är väl kända* i den egna verksamheten svarade en knapp femtedel *vet ej*. En jämförelse av kategorierna chefer och medarbetare (ej redovisad i tabell), visar att medarbetare svarat *vet ej* i större utsträckning än chefer på dessa fem påståenden. Resultatet indikerar därmed att det framför är medarbetare som saknade uppfattning om dessa påståenden. Detta ligger i linje med tidigare redovisade resultat som indikerar att jämfört med chefer hade medarbetare sämre kunskap om Närvårdssamverkan.

Medelvärdena för påståendena om förutsättningar för Närvårdssamverkan visas i tabell 15 och 16. I tabell 16, som endast beaktar dem som hade kunskap om Närvårdssamverkan i 2012 års undersökning, kan vi inte notera några signifikanta skillnader. I tabell 15, som beaktar samtliga svarande, kan vi dock noter att de svarande i signifikant mindre utsträckning ansåg att ledningen prioriterat Närvårdssamverkan 2013 jämfört med 2012. I övrigt finner vi inga signifikanta skillnader.

Medelvärden för påståenden om förutsättningar för Närvårdssamverkan i tabell 15 och 16 är inte entydiga. De pekar på goda förutsättningar utifrån respondenternas upplevda behov av samverkan och den höga graden av motivation att arbeta med Närvårdssamverkan. Utöver detta pekar resultatet i någon mån på en tilltagande neutral hållning till huruvida ledningen prioriterat Närvårdssamverkan, medan respondenterna intog en något mer negativ uppfattningen avseende om det finns tillräckligt med resurser, huruvida intentionerna är kända och om det omorganiserats för att underlätta Närvårdssamverkan. Det sistnämnda resultatet är viktigt att lyfta fram med tanke på att respondenterna generellt tenderade att anse att det behövdes omorganiseras för att underlätta för Närvårdssamverkan.

Tabell 15. Medelvärden för påståenden om förutsättningar för Närvårdssamverkan 2012 och 2013. Samtliga svarande. Ju högre medelvärde, i desto högre utsträckning instämmer man i påståendet (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Förutsättningar för Närvårdssamverkan i den egna verksamheten	M 2012	s	N	M 2013	s	N
Finns behov av samverkan mellan kommun och region	4,69	0,57	269	4,65	0,66	368
Finns motivation att arbeta med Närvårdssamverkan	4,17	0,80	238	4,05	0,85	335
Finns behov av omorganisering för att underlätta Närvårdssamverkan	3,40	0,98	173	3,51	0,95	244
Har omorganiserat för att underlätta Närvårdssamverkan	2,56	0,99	166	2,45	1,02	255
Ledningen har prioriterat Närvårdssamverkan	3,30*	0,98	164	3,10*	1,02	241
Finns tillräckliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan	2,69	1,00	172	2,68	0,95	253
Intentionerna med Närvårdssamverkan är kända	2,71	1,56	212	2,70	1,09	309

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Tabell 16. Medelvärden för påståenden om förutsättningar för Närvårdssamverkan 2012 och 2013 bland dem som hade kunskap om Närvårdssamverkan i 2012 års undersökning. Ju högre medelvärde, i desto högre utsträckning instämmer man i påståendet (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Förutsättningar för Närvårdssamverkan i den egna verksamheten	M 2012	s	N	M 2013	s	N
Finns behov av samverkan mellan kommun och region	4,70	0,54	245	4,70	0,62	245
Finns motivation att arbeta med Närvårdssamverkan	4,19	0,82	209	4,08	0,84	209
Finns behov av omorganisering för att underlätta Närvårdssamverkan	3,40	0,97	125	3,54	0,97	125
Har omorganiserat för att underlätta Närvårdssamverkan	2,55	1,02	125	2,46	0,99	125
Ledningen har prioriterat Närvårdssamverkan	3,36	1,01	124	3,28	0,99	124
Finns tillräckliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan	2,73	1,00	135	2,70	0,95	135
Intentionerna med Närvårdssamverkan är kända	2,75	1,16	180	2,88	1,09	180

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Avseende kommun- och regionanställdas medelvärden för påståenden om förutsättningar för Närvårdssamverkan kan vi inte notera några signifikanta skillnader i 2013 års undersökning. Däremot finner vi signifikanta skillnader mellan chefer och medarbetare på tre av sju påståenden (tabell 17). Här upplevde chefer i högre grad att ledningen prioriterar Närvårdssamverkan i den egna verksamheten och att intentionerna med Närvårdssamverkan är kända. Men vi kan också notera att chefer i större utsträckning ansåg att det finns behov av samverkan mellan region och kommun.

Tabell 17. Chefers och medarbetares medelvärden för påståenden om förutsättningar för Närvårdssamverkan 2013. Endast redovisning av variabler där det föreligger signifikanta skillnader. Ju högre medelvärde, i desto högre utsträckning instämmer man i påståendet (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Förutsättningar för Närvårdssamverkan i den egna verksamheten	Medarbetare			Chefer		
	M	s	N	M	s	N
Finns behov av samverkan mellan region och kommun	4,61**	0,70	292	4,82**	0,39	76
Har ledningen prioriterat Närvårdssamverkan	2,98**	0,98	175	3,39**	1,04	66
Intentionerna med Närvårdssamverkan är kända	2,58**	1,04	237	3,07**	1,17	72

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Hinder för Närvårdssamverkan

Undersökningen belyser även faktorer som kan medföra svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan. Det handlar bland annat om olika värderingar mellan professioner, bristande förtroende för och bristande kunskap om andra aktörer. I tabell 18 nedan återfinns procentuell fördelning över hur respondenterna svarat 2013 på påståendena som rör hinder och svårigheter för Närvårdssamverkan. För att få resultatet mer överskådligt har svarsalternativen kategoriserats på motsvarande sätt som i tabell 8.

Tabell 18. Hinder för Närvårdssamverkan 2013. Radprocent.

Hinder för Närvårdssamverkan	Stämmer bra	Varken eller	Stämmer dåligt	Vet ej	S:a procent	Antal
Kommun och region har olika lagstiftning	38	27	14	21	100	377
Det råder sekretess	35	28	23	14	100	375
Geografiskt avstånd mellan ingående parter	23	33	30	14	100	373
Olika värderingar mellan professioner	50	24	11	15	100	372
Beslut som fattas i den enskilda organisationen överensstämmer inte med Närvårdssamverkan	43	24	4	29	100	376
Besluten fattas långt från den egna verksamheten	52	22	6	20	100	376
Bristande kunskap om andra aktörer	65	18	5	12	100	374
Bristande förtroende för andra aktörer	36	33	16	15	100	371

Av tabell 18 framgår att tre påståenden utmärker sig när det gäller hinder för Närvårdssamverkan. Det handlar om *bristande kunskap om andra aktörer* (65 procent), *beslut fattas långt från den egna verksamheten* (52 procent) och *olika värderingar mellan professioner* (50 procent). När det gäller påståendet om beslut som fattas i den enskilda organisationen inte överensstämmer med Närvårdssamverkan så kan vi notera att nästan 30 procent svarat att de inte vet. En närmare analys av svarsalternativet *vet ej* (ej redovisad i tabell) visar att medarbetare (33 procent) i större utsträckning än chefer (14 procent) valde detta svarsalternativ för detta påstående. Detta mönster – att medarbetare har svårare att besvara påståendena än vad cheferna har – återfinns för samtliga påståenden om hinder för Närvårdssamverkan.

Medelvärden för påståenden om hinder för Närvårdssamverkan visas i tabell 19 och 20. I tabell 19 som beaktar samtliga svarande, kan vi inte notera några signifikanta skillnader mellan 2012 och 2013. I tabell 20,

som endast beaktar dem som hade kunskap om Närvårdssamverkan i 2012 års undersökning, finner vi dock att de svarande 2013 i signifikant större utsträckning anser att beslut som fattas i den enskilda organisationen inte överensstämmer med Närvårdssamverkan.

Medelvärden för påståenden om hinder för Närvårdssamverkan i tabell 19 och 20 överskrider alla mittenvärdet 3, med undantag för påståendet att geografiska avstånd skulle medföra svårigheter. Det tyder på att det finns vissa hinder för vårdssamverkan, och i någon mån tillagande svårigheter med beslut som inte överensstämmer med Närvårdssamverkan. Förutom sistnämnda faktor så kan vi framför allt notera höga medelvärden när det gäller *bristande kunskap om andra aktörer, beslut fattas långt från den egna verksamheten* och *olika värderingar mellan professioner*. Generellt verkar dock inte geografiskt avstånd, som redan poängterats, att ses som något större hinder.

Tabell 19. Medelvärden för påståenden för hinder för Närvårdssamverkan 2012 och 2013. Samtliga svarande. Ju högre medelvärde, i desto högre utsträckning instämmer man i påståendet (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Hinder för Närvårdssamverkan	M 2012	s	N	M 2013	s	N
Kommun och region har olika lagstiftning	3,35	1,04	213	3,35	1,04	299
Det råder sekretess	3,23	1,10	235	3,18	1,10	323
Geografiskt avstånd mellan ingående parter	2,91	1,10	235	2,88	1,06	321
Olika värderingar mellan professioner	3,57	1,05	231	3,58	0,96	315
Beslut som fattas i den enskilda organisationen överensstämmer inte med Närvårdssamverkan	3,61	0,92	176	3,76	0,88	266
Besluten fattas långt från den egna verksamheten	3,72	0,96	204	3,79	0,90	300
Bristande kunskap om andra aktörer	3,93	0,77	230	3,90	0,86	329
Bristande förtroende för andra aktörer	3,26	0,95	214	3,28	1,00	316

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Tabell 20. Medelvärden för påståenden om hinder för Närvårdssamverkan 2012 och 2013 bland dem som hade kunskap om Närvårdssamverkan i 2012 års undersökning. Ju högre medelvärde, i desto högre utsträckning instämmer man i påståendet (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Hinder för Närvårdssamverkan	M 2012	s	N	M 2013	s	N
Kommun och region har olika lagstiftning	3,32	1,08	184	3,29	1,09	184
Det råder sekretess	3,19	1,10	204	3,10	1,15	204
Geografiskt avstånd mellan ingående parter	2,93	1,10	200	2,91	1,11	200
Olika värderingar mellan professioner	3,60	1,02	191	3,63	1,00	191
Beslut som fattas i den enskilda organisationen överensstämmer inte med Närvårdssamverkan	3,68**	0,91	152	3,91**	0,91	152
Besluten fattas långt från den egna verksamheten	3,75	0,96	177	3,87	0,92	177
Bristande kunskap om andra aktörer	3,98	0,76	199	3,95	0,87	199
Bristande förtroende för andra aktörer	3,32	0,93	184	3,27	1,01	184

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Avseende kommun- och regionanställdas medelvärden för påståenden om hinder för Närvårdssamverkan kan vi inte notera några signifikanta skillnader i 2013 års undersökning. Däremot finner vi signifikanta skillnader mellan chefer och medarbetare på två av åtta påståenden (tabell 21). Här upplevde medarbetare i högre grad att sekretess är ett hinder för Närvårdssamverkan liksom att besluten fattas för långt från den egna verksamheten.

Tabell 21. Chefers och medarbetares medelvärden för påståenden om hinder för Närvårdssamverkan 2013. Endast redovisning av variabler där det föreligger signifikanta skillnader. Ju högre medelvärde, i desto högre utsträckning instämmer man i påståendet (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Hinder för Närvårdssamverkan	Medarbetare			Chefer		
	M	S	N	M	s	N
Det råder sekretess	3,25*	1,11	255	2,88*	1,04	68
Besluten fattas långt från den egna verksamheten	3,88**	0,84	232	3,49**	1,00	68

Signifikansnivåer: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$

Sammanfattningsvis

Resultatet pekar på att det är allt fler som känner till Närvårdssamverkan bland anställda inom Västra Götalandsregionen. I vilken utsträckning detta resultat är generaliserbart till chefer och medarbetare i allmänhet är dock något osäkert. Att allt fler känner till Närvårdssamverkan i uppföljningsstudien kan till viss del vara en undersökningseffekt eftersom uppföljningsstudien endast gick ut till de respondenter som besvarat enkäten vid första undersökningstillfället. Men oavsett detta så visar resultatet att merparten, av dem som hört talas om Närvårdssamverkan, hade låg kännedom om ledningsstrukturen. Chefer visade sig dock ha större kännedom än medarbetarna hade, vilket kanske inte är helt förvånande eftersom Närvårdssamverkan initierats på politisk nivå och ledningsnivå.

Enkätresultatet är inte entydigt när gäller påståendena om förutsättningar för Närvårdssamverkan. Resultatet visade inte på några avgörande skillnader mellan undersökningstillfälle ett och två. Många av de svarande hade höga förväntningar på vad Närvårdssamverkan kan åstadkomma, samtidigt som nästan samtliga upplevde att den egna verksamheten både är motiverad och har behov av att arbeta med frågor som rör vårdsamverkan. Det var också en något större andel som ansåg att ledningen prioriterar Närvårdssamverkan jämfört med dem som inte ansåg detta. Dessa saker tillsammans förefaller utgöra bra grund för att utveckla vårdsamverkan mellan region och kommun. Svaren på övriga påståenden relaterade till förutsättningar för Närvårdssamverkan visade dock inte entydigt på samma positiva bild. Det handlar återigen om att framför allt medarbe-

tarna saknar kunskap om Närvårdssamverkan. Beaktar vi dem som hade kunskap så kan vi också notera att respondenterna generellt tenderade att ha en mer negativ uppfattning om huruvida det finns tillräckligt med resurser och om det omorganiserats för att underlätta Närvårdssamverkan. Det är viktigt att poängtera sistnämnda resultat eftersom respondenterna tenderade att tycka att det behöver omorganiseras för att underlätta för Närvårdssamverkan. När det gäller förutsättningar för Närvårdssamverkan kunde vi också notera att chefer i större utsträckning ansåg att finns behov av samverkan mellan region och kommun, att ledningen prioriterar Närvårdssamverkan samt att intentionerna med Närvårdssamverkan är kända.

Resultatet pekade på vissa svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan. Framför allt visade resultatet att bristande kunskaper om andra aktörer, olika värderingar mellan professioner och att beslut fattades för långt från den egna verksamheten upplevdes som hinder för Närvårdssamverkan. En annan faktor som upplevdes som ett hinder i sammanhanget var att beslut som fattas i den enskilda organisationen inte överensstämmer med Närvårdssamverkan. Det geografiska avstånd som finns inom området för Närvårdssamverkan verkade dock intressant nog inte upplevas som något större hinder för Närvårdssamverkan. Analysen visade slutligen på vissa skillnader i upplevelser av hinder mellan medarbetare och chefer. Studien visade att medarbetare i större utsträckning än chefer upplevde sekretess och beslut som fattas för långt från den egna verksamheten som en försvårande omständighet för Närvårdssamverkan. Att sekretess upplevdes som ett större hinder bland medarbetare torde ha att göra med att det är på denna nivå som samverkan mellan region och kommun rör konkreta patientfall. Att medarbetare jämfört med chefer upplevde ett större hinder för Närvårdssamverkan när det gäller beslut som fattas för långt från den egna verksamheten torde ha att göra med att beslut som påverkar förutsättningarna för Närvårdssamverkan på medarbetarnivå tas på chefsnivå eller politisk nivå.

Att samverka i arbetet med patienter/brukare (Delstudie C)

I den här delstudien tar vi fasta på vad som händer ute i verksamheterna och hur de som arbetar närmast patienten/brukaren ser på Närvårdssamverkan. Vi börjar med att beskriva hur de ser på de gränsdragningar som finns mellan kommun och region. I vissa fall tar vi även upp gränsytor som finns mellan olika regionverksamheter. Hur man förhåller sig till dessa gränser råder det delade meningar om. Några framhärskar att dessa måste göras tydliga medan andra menar att det är just i diskussionerna då gränsdragningarna ska tydliggöras som förutsättningarna för samverkan undergrävs. Sekretessen lyfter några fram som ett problem där gränsdragningen mellan kommun och region blir påtaglig.

Som vi varit inne på tidigare är ett framskrivet mål i styrdokumentet som rör Närvårdssamverkan att patienten/brukaren ska vara i fokus och vårdkedjan ska vara obruten. Trots det beskrivs hur patienter/brukare ibland riskerar att falla mellan stolarna. De ekonomiska villkoren beskrivs som något som påverkar samverkan. Hur de ekonomiska villkoren beskrivs och hur dessa påverkar gränsdragningarna mellan kommunen respektive regionens arbete och ansvar avslutar vi den inledande delen med.

I den andra delen tar vi upp två tillfällen som kommer upp under intervjuerna och som utmanar samverkan mellan region och kommun. Det handlar om när patienten/brukaren ska skrivas in och framförallt när hen skrivs ut från slutenvården. Något annat som kan utmana samverkan är arbetet med vissa patient-/brukargrupper.

I den tredje delen behandlar vi relationen mellan de som arbetar operativt och de som arbetar strategiskt. Det handlar bland annat om hur de som arbetar närmast patienten/brukaren beskriver ledningens roll. Här tas även upp de rutiner som utvecklas för att samverkan ska underlätta arbetet för dem som arbetar operativt.

Presentationen av den här delstudien avslutas med att lyfta fram betydelsen av att träffas och därmed öka förståelsen för varandra. Något som blir påtagligt är att samverkan ibland inte framstår som något som pågår mellan två jämbördiga parter. Sjukvården beskrivs då ofta som överordnad. Här lyfts även de olikheter fram som gör att parterna har svårt att förstå varandras arbete. Att lära känna varandra beskrivs därför som en

förutsättning för att samverka och därigenom skapa förutsättningar för en bättre sjukvård och omsorg. Det är något som betonas av såväl de som arbetar i kommunen som i regionen.

Gränsdragningar

Att samverka är att på ett eller annat sätt förhålla sig till var gränserna går mellan vad som är kommunens respektive regionens ansvar, men också var gränsen går mellan olika regionverksamheter. Flera uttrycker att det är viktigt att tydliggöra dessa gränser, samtidigt som vissa understryker behovet av att överskrida dessa gränser vid behov eller rent av att negligera dem.

Centrala gränssnitt inom funktionsnedsättning

En central gränsproblematik rör skillnaden mellan bas- och specialistkompetens inom området funktionsnedsättning när det gäller arbetsterapi- och sjukgymnastinsatser, där primärvård och kommun ska stå för baskompetensen och habiliteringen för specialistkompetensen. Respondenterna anser att gränserna mellan bas- och specialistkompetens är oklara i de dokument som ligger till grund för uppdelningen, vilket utmynnar i olika tolkningar. En av de intervjuade vid habiliteringen menar att detta resulterar i att kommunerna i upptagningsområdet har olika definitioner av vad baskompetens är vilket försvårar samverkan med habiliteringen. Respondenten menar därför att det vore önskvärt med ett forum att diskutera dessa frågor för att få en samsyn på gränserna mellan de två kompetensområdena.

Otydlighet kring vad som är specialistkompetens och vad som är baskompetens skapar också oklarhet kring unga vuxnas eventuella överföring från habiliteringen till kommunen eller primärvården. En viktig fråga handlar här om när funktionsnedsättningen ska betraktas som så nedsatt att unga vuxna ska vara ett fall för habiliteringen eller betraktas som tillräckligt lindrig för att överföras till kommunen eller primärvården. En arbetsterapeut i kommunen menar att den huvudsakliga skillnaden mellan bas- och specialistkompetens ligger i att man har fler professioner på habiliteringen såsom psykolog, kurator och logoped, medan man i kommunen och primärvården endast har sjukgymnaster och arbetsterapeuter. I praktiken innebär detta, enligt samma respondent, att om en patient/

brukare har behov av fler professioner än sjukgymnast och arbetsterapeut så kommer hen att tillhöra Vuxenhabiliteringen, i annat fall överförs patienten/brukaren till kommunen eller primärvården i samband med att hen slutar skolan. Respondenten menar att detta utmynnar i att kommunen och primärvården ibland får ta över patienter med en väldigt komplex problematik.

Den stora skillnaden mellan specialistnivå och basnivå det är väl att dom har fler professioner på Habiliteringen. Dom har psykolog och dom har kurator och dom har logoped. Och då är det så om patienten behöver fler professioner då kan vuxenhabiliteringen ta det. Men är det bara arbetsterapeuter eller sjukgymnaster då tycker dom att kommunen eller primärvården kan ta över. // Det innebär att vi får ta över personer där det är en väldigt komplex problematik både kring personen själv och kring anhöriga.

Oklarhet vad som betraktas som specialist- respektive baskompetens skapar i detta sammanhang ett behov av samverkan. En kommunal arbetsterapeut ger uttryck för detta i följande citat:

Oklarheten mellan bas- och specialistkompetens gjorde av vi ringde upp habiliteringen och bad om ett möte så att vi fick träffa dom och ställa frågor som; 'Vilka får vi?' 'Vilka får vi skicka till er?' 'Vilka får ni skicka till oss?' 'Varför?' 'Vad finns det för kriterier för att dom ska får gå hos er?' För vi hittade liksom inga bra kriterier för när dom hör till oss och när dom hör till dom, och vad som är skillnaden mellan vår baskompetens och deras specialistkompetens.

Flera respondenter betonar att överföringen av unga vuxna med funktionshinder från habiliteringen till primärvården eller kommunen underlättas om berörda parter träffas regelbundet så de lär känna varandra. Då får de möjlighet att skapa en samsyn om hur gränssnitten ska definieras. En arbetsterapeut i kommunen antyder dock att det framför allt är habiliteringen som definierar vad som ska betraktas som specialist- respektive baskompetens:

Men vi har väl en känsla av att det alltid är Habiliteringen som

väljer. Vi kan ju tycka att det är personer som är väldigt komplexa som vi får över till oss.

En annan medarbetare vid Samrehab menar att denna förvaltning underlättar överföringen av unga vuxna med funktionshinder med ganska omfattande behov från habiliteringen till primärvården. Detta i och med att man har tillgång till ett gränsöverskridande team med en samlad kompetens från olika huvudmän.

Alltså frågan är om man kunnat lämna över dessa patienter till primärvården i så många andra kommuner. Det ställer ju krav på primärvården som är där att dom har den kompetensen. Och jag tror inte att det är många som har det i andra kommuner. Det är ju inte så många vårdcentraler som har ett sådant team eller på det sättet.

Ett annat viktigt gränssnitt inom området funktionsnedsättning återfinns mellan habiliteringen å ena sidan och ungdomsmottagningarna och öppenvårdsmottagningarna å den andra. En av de intervjuade vid habiliteringen säger att dessa aktörer ibland har träffats för att reda ut gränsdragningsfrågor:

Det handlar ju om gränsdragningsfrågor. Vad är deras ansvar och vad är vårt ansvar och vad kan vi hjälpa till med i det uppdraget som vi har då.

En annan gränsproblematik som respondenterna lyfter fram, och som man anser viktigt att samverka mer kring än vad man gör i dagsläget för att skapa tydlighet och gemensamma riktlinjer, är vilken instans som ska skriva ADL-intyg åt kommunen och intyg för personlig assistans på uppdrag av Försäkringskassan. En enhetschef menar att det både kan behövas ett klagörande i ansvarsfrågan på nationell och regional nivå när det gäller utfärdande av intyg.

Vad gäller intyg kanske det ska ske ett klagörande på högre nationell nivå. Jag vet att det finns en central grupp där SKL är inblandad och Försäkringskassan. Men dom är bara i sin linda än. Det är ju ett jättearbete dom har framför sig. Och vissa frågor kanske är av mer akut art som man kanske behöver lösa regional nivå hur man jobbar med.

Centrala gränssnitt inom psykiatri

En annan central gränsproblematik rör gränserna mellan slutenvård, öppenvård, vårdcentraler och kommun inom området psykiatri. När de intervjuade från psykiatrien beskriver gränsdragningen heter det att slutenvården står för akutvården, öppenvården står för specialistvård, vårdcentralen ansvarar för lättare psykiska åkommor och kommunen står för stöd i hemmet. En sjuksköterska med arbetserfarenhet från olika vårdgivare uttrycker det som att man inom slutenvården jobbar med *individen som patient* i ett akut skede avskilt från deras hemmiljö, medan man i hem-sjukvården jobbar med *individen som brukare* i sin hemmiljö. Hon menar att detta skapar två olika vårdkulturer där öppenvården befinner sig någonsans mitt emellan dessa ytterligheter.

En sjuksköterska i slutenvården beskriver det som att hen ser det från ett vårdperspektiv och socialtjänsten trycker på frivillighet och ser även det stöd som finns runt patienten. En annan sjuksköterska, också från slutenvården, beskriver gränsdragningen på så sätt att kommunen har hand om habitualtillståndet, men om patienten/brukaren insjuknar är det slutenvården som ska träda in. Återigen handlar gränsdragningarna om begreppsdefinitioner, i det här sammanhanget om vilken vård som är att betrakta som akut, vad som är specialistvård, vad som är lättare psykiska åkommor och vad som kan lösas av kommunen i hemmet. Ett problem handlar om att definitionen av till exempel patientens habitualtillstånd inte är hugget i sten.

En knäckfråga är alltså hur de begrepp som ska markera gränsdragningarna ska definieras. Detta blir än svårare genom att de inom sjukvården respektive kommunen går in i arbetet med patienten/brukaren utifrån olika perspektiv och med olika fokus. När det gäller definition av vissa begrepp som markerar en gränsdragning av sjukvårdens respektive kommunens ansvar har sjukvården, eller läkarna, tolkningsföreträde. Ett sådant begrepp är *medicinskt färdigbehandlad*. En handläggare från kommunen beskriver problematiken:

Vi upplever ju att det är en svårighet att förutse hur de ska jobba för det är olika läkare, olika bedömningar. Vissa får vara kvar jättelänge, vissa ska ut väldigt snabbt /.../ Där gör man ju också en bedömning

när någon är medicinskt färdigbehandlad och det är klart att det kan innebära så många olika saker beroende på vem som beslutar det.

När patienten är *medicinskt färdigbehandlad* är den färdig för utskrivning, och då måste man från kommunen förhålla sig till det på ett eller annat sätt. Likadant gäller det vid inskrivning. Där är det också sjukvården och läkaren som gör bedömningen om när patienten befinner sig i den akuta fasen och därför ska skrivas in.

Sekretess och kunskapsöverföring

Att olika vårdgivare möter den enskilda patienten/brukaren i olika sammanhang utmynnar i att de kan ha begränsad information om patienten. Detta skapar ett behov av kunskapsöverföring genom samverkan, något som dock sekretessen motverkar enligt några respondenter. Av denna anledning menar en respondent att det är viktigt att få patienten/brukaren att acceptera sekretesslättnad, något som hen dock menar att det finns ett motstånd mot bland vissa vårdgivare.

Som vårdgivare kan man ibland stå där med en halv kunskap och man vill ha hela kunskapen för att veta om man är på rätt väg. Och det handlar inte om prestige eller vem som gör vad, utan det handlar ju om att patienten ska få den bästa hjälpen som möjligt. Och då behöver man ju samarbeta. Och då kan ju inte någon säga 'att det går inte, vi vill inte släppa på sekretessen eller patienten vill inte', Utan då får man ju prata med patienten att nu är det så här för din skull så tycker jag att vi behöver lätta på sekretessen. Jag har ibland upplevt att det varit ett motstånd från vissa vårdgivare.

Andra uttrycker dock att sekretessen inte utgör något problem utan att de flesta patienter/brukare själva ser nödvändigheten av att sekretessen hävs mellan vårdgivarna. Ett par respondenter verksamma inom kommunen menar dock att kunskapsöverföring mellan olika vårdgivare inte endast försvåras av sekretess utan också på grund av att vårdgivare använder olika dokumentationssystem:

Ett stort problem kring kunskapsöverföringen är ju dokumentationssystemen. Jag sitter ju med ett dokumentationssystem, sen sitter öppen-

vården med ett. // Och sen så har ju vårdcentralerna ytterligare ett. Jag kan ju inte se anteckningar vad dom skrivit, bedömningar och sånt utan då måste jag ju ringa dom.

Obruten vårdkedja – eller att falla mellan stolarna

I styrdokumentet uttrycks att Närvårdssamverkan ska bidra till en *obruten vårdkedja*. Ändå händer det att patienten/brukaren ramlar mellan stolarna och vårdkedjan bryts. En sjuksköterska från slutenvården beskriver ett dilemma när en missbrukare som ligger inlagd väntar på behandlingshem.

De gånger som det krånglar är när det inte finns ett färdigt behandlingshem. Då vill kommunen gärna att patienten ska vara kvar här och vi har inte riktigt resurser. Det är en akutavdelning vi har. Vi har inte resurser att ha patienter här för att de ska vara här. Utan är man färdigavgiftad och man inte är abstinent och medicinskt färdigbehandlad så kan vi inte ha kvar patienter bara för att de inte har någon annanstans att ta vägen. Sedan är det klart att man hade önskat det. Det är alltid önskvärt att man inte ska bryta vårdkedjan men vi kan inte uppfylla det alla gånger om det inte är färdigt från kommunens sida innan när de kommer.

En annan sjuksköterska från slutenvården beskriver ytterligare ett scenario. Patienten är inlagd och behandlingshem är bokad, men kvällen före avresan skriver patienten ut sig själv. Det kan vara så att man är överens från kommun och sjukvård vad patienten/brukaren behöver, men denne saknar insikt om de egna behoven.

Motivationsarbetet är ju en sak. Att bevilja något som personen inte vill ha, det måste ändå bygga på en frivillighet och där faller något mellan stolarna utifrån att de kanske inte har sjukdomsinsikten. Men man tänker ändå att det här skulle vara bra för personen. Men vill den inte så vill den inte.

Vid vissa tillfällen under intervjuerna framstår det även som att där finns ett vakuum mellan gränsen för vad som är sjukvårdens respektive kommunens ansvar. Ett sådant tillfälle som kommunens boendestödjare och habiliteringsassistenter beskriver och då patienten/brukaren riskerar att hamna i kläm, är när de mår psykiskt dåligt och samtidigt är påverkade. Detta kan

resultera i att psykakuten vägrar att ta emot patienten/brukaren enligt en av de intervjuade rehabiliteringsassistenterna:

Vi hade en brukare som mådde väldigt dåligt så vi ringde vuxenpsyk Borås akuten. Han var inne i ett missbruk för tillfället och dom vägrade ta emot honom för att han var påverkad. Så vi fick sitta med den här brukaren tills han mådde lite bättre och så ringde vi igen. Då fick vi efter mycket om och men komma in och personen blev inlagd.

Av denna anledning saknar flera av de intervjuade, från såväl slutenvården som från kommunen, en tillnyktringsenhet. I dag beskrivs det som att vare sig kommunen eller regionen tar ansvar för tillnyktring. Från sjukvårdens sida betonas att tillnyktring inte motiverar inläggning på en avdelning utan deras uppdrag är den medicinska abstinensbehandlingen. En socialsekreterare från kommunen beskriver situationen.

I dag har vi någon form av delat ansvar. Men psykiatrin skjuter ju över sin del. Naturligt om de inte har kapacitet. Men det är ju en split i det. Och i Borås har vi ingen tillnyktringsenhet som skulle kunna vara någon form av mellanting utan vi kämpar ju väldigt. Ska vi få in några av våra kroniker på behandling ska de in i psykiatrin och ta plats där ifrån.

En rehabiliteringsassistent beskriver ett scenario där en patient/brukare som var i behov av medicinering mot abstinensen vid avgiftning hamnade mellan stolarna:

Brukaren ville ha någonting mot abstinensen. Jag ringde vårdcentralen som sa till mig att jag skulle ringa vuxenpsyk igen. Jag ringde vuxenpsyk, ingen svara. Jag ringde akutpsyken i Borås, dom ville inte ta det utan sa 'vårdcentralen'. Jag ringde vårdcentralen igen och dom sa 'vi ringer på tisdag, då är läkaren på plats och vi kan försöka boka en tid'. Tisdagen kom och dom sa att 'det är vuxenpsyk som tar hand om det inte vi'. Och där stod vi platt fall.

Under några intervjuer kommer Milton-projektet upp¹³. En sjuksköterska berättar att samverkan fungerade bättre efter Milton-projektet då vård-

¹³ Ett nationellt projekt som startade 2006 och som syftade till en mer integrerad psykiatri där bl.a. en ny funktion, "case managern", skulle arbeta gränsöverskridande och nära patienten/brukaren.

centralen, öppenvården och kommunen hade möten var fjortonde dag. Då blev de uppmärksamma på patienten/brukaren som riskerade att falla mellan stolarna. Nu ses de betydligt mer sällan. Sjuksköterskan säger att *nu är det lättare att de slussas emellan och de orkar inte tala för sig*. Senare under intervjun beskriver hon hur hon i dag många gånger saknar kunskap om vad som händer med de människor som tenderar att ramla mellan stolarna.

Sedan vet jag inte riktigt vart de tar vägen. De blir väl hänvisade runt som de gjort förut. Jag vet att jag hade någon som var hänvisad från vårdcentralen till soc och från soc till öppenvården och från öppenvården och hit. Och fick egentligen inte någon riktig hjälp någonstans. Man löste lite symtom för tillfället men inget varaktigt.

En funktion som ofta kommer upp under intervjuerna när gränsdragningarna kommer på tal är *case managern*. Flera uttrycker en avsaknad av denna funktion eftersom den dragits in på flera håll. Funktionen var en garant för att patienten/brukaren inte skulle falla mellan stolarna i lika stor utsträckning som sker idag. En sjuksköterska från vårdcentralen beskriver hur det är i dag när det inte längre finns en case manager:

Vi ser nu att de (patienterna) missar möten igen för nu finns det ingen case manager. Och då slussas de runt emellan. Då är det om någon har intresse att ta tag i det. Annars blir det ingenting. De orkar ju inte tala för sig. När man mår psykiskt dåligt orkar man inte tala för sig.

Några, inom såväl psykiatri som funktionshinder, betonar sin roll på ett sätt som kan likna *case managern*, på så vis att man samordnar planeringen runt patienten/brukaren. En sådan funktion är kuratorn. När de gäller funktionsnedsatta patientgrupper så beskriver en kurator en av sina arbetsuppgifter som att vara ”spindeln i nätet” som samordnar och som vägleder anhöriga och patienter genom att bjuda in aktuella regionala och kommunala aktörer till fysiska möten. Men i detta samordnande uppdrag finns också en sorterande funktion som upprätthåller gränser.

Vi har ju kunskap om samhällets stöd; vilken hjälp kan man få från kommunen, ifrån försäkringskassan och andra aktörer som finns runt-

omkring. Samordna detta, informera, hjälpa föräldrar till ansökningar, till kontakter. Och om dom inte är nöjda så kan man vara ett stöd; hur överklagar man, hur går man vidare och så.

Även en psykiatrisköterska inom kommunen beskriver sin roll som att vara ”en spindel i nätet” på så sätt att hen hjälper brukare att etablera kontakter inom kommun och sjukvård:

Men just att jag får hjälpa, att jag får vara som en spindel i nätet många gånger. Att jag får etablera kontakter åt patienterna t.ex. återbesökstid till vårdcentral. Det kan handla om medicin, receptförnyelse, kontakt med socialtjänsten, kontakt med bostöd.

Tydliga gränser eller inte

Som framgått ovan är gränsdragningarna mellan kommunens respektive sjukvårdens ansvar en central aspekt av samverkan. Det råder dock inte någon enighet om huruvida det är fruktbart att tydliggöra dessa gränser i det praktiska arbetet. En del intervjupersoner beskriver att det är just dessa gränsdragningar som försvårar samverkan. Andra efterfrågar en större tydlighet om vad kommunen respektive sjukvården ska göra och vad respektive uppdrag faktiskt består i.

Det som gör det svårt är att vi har olika uppdrag. Ibland får man det att låta som vi jobbar lika men det gör vi inte. Synen och lagstiftningen skiljer. Vi är formade i olika professioner eller syn på människan. Vi ska göra det vi är bäst på och inte samma sak. Det är viktigt att utkristallisera olikheterna och inte tro att vi ska göra samma sak. Förutom när det gäller HSL.

Att veta var gränserna går när det gäller arbetsfördelning och framförallt fördelning av ansvar beskrivs som viktigt. En sjuksköterska beskriver det som att där finns en rädsla om man börjar *tassa på varandras områden*. Och sjukvården och kommunen talar inte samma språk vilket gör att det blir missförstånd.

Flera betonar vikten av att veta var gränserna går och att ha förståelse för respektive uppdrag. Några beskriver det som en förutsättning för att man ska kunna hjälpas åt och se att ansvaret till syvende och sist är gemensamt.

För även om ansvars- och arbetsfördelning görs tydlig är det viktigt att *inte bara sitta och bevaka gränserna*, utan att också hjälpas åt. En chef vid öppenvården beskriver det som att *om man vet att de har problem kan man bära lite tyngre tills det löser sig*. Hon säger att medvetenheten om gränsdragningen gör att man vet när man *hoppas över gränserna* och att *det handlar om att ge och ta*. Men då är det viktigt att hjälpen är ömsesidig.

Och när det blir det att man bara ger och ger och inte får någonting, det är ju då det knyter sig. När vi börjar hålla hårt på gränserna, att vi tar inte den patienten, den tillhör inte oss. Då blir vi ju likadana allihop. Nej då ställer jag inte upp för dig heller.

Gränser kan alltså upprätthållas på olika sätt. En av de intervjuade vid habiliteringen, som framhåller vikten av att verksamhetens personal arbetar inom gränserna för uppdraget, betonar samtidigt betydelsen av kunskapsutbyte och dialog där habiliteringen går in en handledande specialistroll åt kommunen. Hen menar att detta är ett mer fruktbart sätt att upprätthålla gränser på jämfört med samordning i form av överförings- och remissystem utan samverkan. Remissystem utan samverkan leder till att de anställda är frustrerade på sina *egna kammare och inte får ihop det*, och att patienter/brukare och deras familjer hamnar i kläm.

Några betonar alltså att det är viktigt att känna till gränserna medan andra säger att det är just en ständig diskussion om gränsdragningar eller att hela tiden tydliggöra ansvar och arbetssätt som försvårar samverkan. Det undergräver förutsättningarna för att göra något bra för patienten/brukaren. En socialsekreterare beskriver det som att när man samverkar kan man inte säga att *så här jobbar vi* utan *då måste man släppa lite*. Men, som hon säger, *det är man inte benägen att göra*. Alla har sina principer och rutiner, säger hon. Det kan vara en styrka men kan även vara en svaghet eftersom det kan bli svårt att gå ifrån rutinerna. Hon säger att man kan inte bara utgå från den egna organisationens arbetssätt utan man måste se andra sätt att arbeta. För i praktiken är det fråga om patienter/brukare där det många gånger är svårt att dra några entydiga gränser.

En chef inom öppenvården beskriver det som att man bevakar revir, men att man skulle nå längre om man träffades mer och definierade varandra som kollegor även om man arbetar i olika organisationer. Det skulle göra

att man fick en gemensam plattform. En annan sjuksköterska beskriver det som att alla sitter på varsin kammare och det vore bättre om det fanns en röd tråd i behandlingen. En sjuksköterska inom slutenvården tror att de tydliga gränsdragningarna kan böttna i rädsla.

Jag tror att det kan finnas en rädsla från alla håll. Och att vi inte riktigt talar samma språk. Det blir missförstånd. Och då är det taggarna utåt ganska snabbt då. Kom inte hit. Jag kan det här. Det här är mitt område. Istället för att se det som vårt område. Vad ska vi göra för att det ska bli bra? Så mycket tror jag kan bygga på rädsla. För skulle jag komma på ett möte nere på socialtjänsten exempelvis så är jag ju på alldeles ny mark. Jag känner ju mig tryggare när de kommer hit. Och de känner förmodligen likadant. För jag menar det här kan jag. Men jag kan inte deras.

En annan chef på en öppenvårdsmottagning beskriver att en renodlad gränsdragning gör att samverkan inte behövs. Då jobbar alla med sitt. Men det är när det uppstår situationer som inte låter sig inordnas enligt gränsdragningarna som samverkan är en nödvändighet.

Håller vi oss direkt till riktlinjerna att det här är mitt uppdrag och det här är ditt så behöver vi ju inte diskutera samverkan egentligen. För då gör ju jag det jag ska göra och du gör det du ska göra så flyter det på. Det är ju liksom när det strular som vi måste hjälpas åt.

Hon betonar att det är när *det strular* som ett patientfokus måste betonas istället för att tydliggöra var gränserna går.

Det är den personen som vi ska hjälpa på bästa sätt. Inte stjälpas för att vi har ett regelverk som gör att 'nej det kan inte jag', 'nej inte jag heller'. Och så står Nisse där i mitten: 'Vem hjälper mig då?' Det är ju hela tiden det som det handlar om. Att ha det perspektivet, ett patientfokus att nu ska vi göra det så bra som möjligt för Nisse.

En sjuksköterska inom slutenvården tycker att istället för att tala om ditt och mitt ansvar vore det bättre om man tog ett gemensamt grepp. *Vi slänger varandra i ansiktet att det där är din uppgift.* Det är bättre att ta ett gemensamt grepp för *ska man tydliggöra ditt och mitt ansvar blir gränserna*

ännu större mellan oss. En medarbetare vid habiliteringen betonar, i enlighet med detta, att en viktig funktion med samverkan i form av nätverksmöten och IVP-möten är att få till stånd en samsyn där flera professioner samarbetar med en viss patient. Samtidigt är hen osäker huruvida dessa möten verkligen leder till samsyn. En sjuksköterska inom kommunen menar, å sin sida, att en väl fungerande samverkan kräver både tydlig ansvarsfördelning och samsyn som inbegriper ett processtänkande med en konkret planering där alla berörda är med på tåget.

Avseende patienter med neuropsykiatriska diagnoser resonerar ett par anställda vid habiliteringen kring möjligheten att ha *en väg in* för denna patientgrupp. En av dessa utvecklar sin tankegång genom att peka på möjligheten att ha en integrerad verksamhet som första vårdinstans, där olika huvudmän arbetade tillsammans på gruppnivå. Och när patienten genomgått dessa integrerade insatser skulle mer specifika behov kunna identifieras för överföring och remittering till lämpliga instanser.

Jag tänker på det här med gruppverksamhet, att jobba med grupper som har svårt med socialt samspel, grupper som har svårt med social interaktion, träningsgrupper. Olika former av grupper där man faktiskt kan samverka flera aktörer, där man hittar sätt att samverka utan att det blir ett byråkratiskt krängel kring det. // Vi skulle kunna slippa väldigt många remisser mellan våra olika verksamheter om vi kunde ha vissa insatser som var gränsöverskridande. // Och sen när patienten har genomgått det här då kanske man kan identifiera mer specifika insatser. Då kanske man kan se att de här insatserna är en fråga för habiliteringen, det tar vi hand om. Det här är psykiatrin det kan dom ta hand om.

En annan anställd vid habiliteringen ger också uttryck för en vision där olika huvudmän jobbar mer integrerat än vad som är fallet i dag. I detta fall handlar det om att medarbetare som nu jobbar inom BUP, habiliteringen och kommunen skulle jobba närmare varandra under samma tak med dubbeldiagnosticerade patienter.

Alltså egentligen om man tittar på behov utifrån dom barn som vi har här, då tänker jag på dom neuropsykiatriska diagnoserna där

vi verkligen ser ett behov av närvårdssamverkan, att olika instanser egentligen skulle jobba under samma tak med dom här barnen. Det är väl så jag ser det. Ett slags barnens hus eller någonting sånt, så man jobbade närmre.

De ekonomiska villkoren

Knappa resurser är något de flesta vittnar om. Flera beskriver kraftiga sparbetning. En enhetschef i en kommun säger lite raljerande att nu får pensionärerna kissa varannan dag. Hon beskriver hur de sparat under flera år och att de första åren var det inga problem för då fanns det något att spara på, men nu sker det neddragningar överallt. Flera beskriver en ökad arbetsbelastning med minskade resurser. En sjuksköterska i en kommun beskriver det som att det handlar om pengar och hemsjukvårdens budget får inte växa. De besparingar som görs kan ta sig konkreta uttryck. I en kommun är boendestödet indraget på kvällar och helger. En boendestödjare beskriver hur hon tänker när det blir tal om att dra ner boendestödet:

För det kan jag tänka ibland när det varit snack att man ska dra ner boendestöd och hej och hå. Och ibland tänker jag att gör det så får de se konsekvenserna. Jag menar ha de här människorna ute på gatan. Hur kul är det? Men jag tror många vet inte vad det handlar om. De vet inte vad psykisk sjuk är. Och då är det lättare att ta avstånd.

Indragningarna av *case managers* är något som kommer upp och som flera ser som en stor förlust, inte minst när det gäller villkoren för att samverka. Flera uppfattar att det är inom psykiatrin det dras ner på allra först när pengar ska sparas. De patienterna/brukarna beskrivs som *den svagare gruppen och de drabbas nog värst*. Det är en grupp som heller inte gör sig hörd. *De ligger inte på* som en enhetschef i kommunen uttrycker det. En socialsekreterare beskriver hur hon ständigt erfar att missbruksgruppen och de med psykisk ohälsa inte är högprioriterade. Flera säger att det krävs att ledningen förstår psykiatri för att de ska skjuta till de resurser som behövs. En förståelse som ibland saknas, så som några intervjupersoner beskriver det, framförallt i de mindre kommunerna. De hänvisar då till att kompetens inom psykiatri saknas där.

En ibland hopplös situation beskrivs. Samtidigt som fler ska bo hemma beskrivs en situation där det dras ner på den hjälp de får i hemmet. Neddragningarna påverkar arbetssituationen negativt och gör att personalomsättningen blir högre. En enhetschef beskriver det:

Alltså personalen är ju så viktig. Att det är kontinuitet både med personal och patienter. Då kan man ju göra något bra. Men kör man alla i botten så är det ingen som vill vara med.

En socialsekreterare jämför hur kommunen underhåller sina bilar: *Det blir stora kostnader annars.* Men där finns inte samma tänk när det gäller personalen, säger hen. En sjuksköterska från öppenvården i en mindre kommun beskriver det som att kommunen hittar kryphål och tar därmed inte sitt ansvar. Samtal med patienterna uppger hen saknar prioritet. Något annat är att kommunen försummar handledning av den personal som arbetar närmast klienterna. En sjuksköterska från slutenvården är inne på samma tema, nämligen att kommunen verkar sakna resurser:

Det kan vara att de (kommunens boendestödjare) har någon boende som de känner sig orolig för och som de inte riktigt vet hur de ska handskas med. Och då får vi antingen då försöka råda. Att vi i första hand ser till att patienten inte behöver komma hit, utan försöker ge råd hur man kan göra. Sedan får man väl ibland en känsla av att det är för lite personal inom kommunen. Det finns inte den tiden som våra psykiatripatienter behöver tycker jag. Och det är inte alltid den kunskapen finns.

En sjuksköterska inom slutenvården beskriver hur ekonomin sätter gränser både för de som arbetar där och för kommunen. Patienten skrivs ut *för snabbt ska det gå.* Hen säger att de i kommunen skulle säkert vilja erbjuda boende till alla eller en plats på ett behandlingshem men ekonomin tillåter inte det.

Under flera intervjuer blir det uppenbart att där finns ett kostnadsmedvetande bland de som arbetar närmast patienten/brukaren. De beskriver hur mycket insatser kostar och att det finns en prislapp på alla insatser. En socialsekreterare berättar att det kostar kommunen en tusenlapp att få ett läkarintyg utskrivet. Det gör att *jag kan känna att då får man verkligen*

veta varför man vill ha det. En sjuksköterska inom slutenvården berättar att överbeläggning kostar 30 000 kronor om dagen, en annan respondent säger att det kostar 300 000 kronor. En sjuksköterska uppger att en vårdplats kostar 6 000 kronor och säger sedan att *då blir det en viss urskiljning.* En annan sjuksköterska från slutenvården berättar att de vid varje personalmöte får höra hur mycket minus de ligger. Ytterligare en sjuksköterska inom slutenvården berättar att en plats är *svindyr* och att medicinerna patienterna får *kostar multum* och *det är klart att vi vill ha så korta vårdtider som möjligt då.* Flera beklagar att vårdtiderna inom slutenvården har blivit kortare och kortare. En sjuksköterska på öppenvården uttrycker det:

Det är ju inte alls så långa vårdtider längre som när jag jobbade i början då. Då kunde de återhämta sig. Så att det var... det är ju helt annat i dag.

Tid har en direkt koppling till pengar, och inom psykiatri är tid viktig. Det handlar om att bygga upp ett förtroende hos patienten/brukaren för att insatserna ska bli så bra som möjligt. En sjuksköterska på en vårdcentral beskriver dock hur styrsystemen, eller det som premieras ekonomiskt, inte uppmuntrar detta. Tilldelningen av resurser anpassas inte efter den här patientgruppen menar hen. Istället är det snabba insatser (antal besök etc) som lättare låter sig mätas som premieras. För att få pengar måste det kunna räknas. Hen hänvisar till konkurrensen från privata vårdgivare:

Det är ju pengar. Vi har fått konkurrens från privata vårdgivare. Då delas pengarna ut efter hur många besök vi har. Och då är det ju mycket bättre med många tjugo-minuters besök. Det är ju mycket bättre och effektivare. Och att vi svarar i telefon på 200 samtal. Det är ju mycket bättre än att vi tar hit och gör en patient färdig, eller så färdigt det går att få det. Men det är ju inte lönsamt.

Hur de ekonomiska villkoren påverkar samverkan

De ekonomiska villkoren försvårar samverkan. Alla håller i sin pengapung. Man är rädd för vad man kan härbärgera och ta ansvar för som en av respondenterna uttrycker det. Samverkan utmanas när det blir tal om pengar

och vem som ska stå för kostnaden. En chef på en öppenvårdsmottagning svarar på frågan vad som är svårast att samverka om:

Ekonomi (svaret kommer snabbt). När folk inte har pengar. Även om viljan finns så finns inte budgeten för att vidareutveckla något tillsammans. Det är solklart ekonomin som är det svåraste.

De ekonomiska villkoren försvårar förutsättningarna för samverkan eftersom man inte är angelägen att ta på sig mer i en redan hårt belastad verksamhet. En enhetschef på öppenvården beskriver att dålig ekonomi gör att då har vi inte utrymmet att hjälpa till lite extra vilket gör att alla är mer benägna att göra gränserna tydliga mellan vad som är ditt och mitt uppdrag. Några av de intervjuade menar också att den ansträngda ekonomin kan leda till att patienter bollas mellan olika vårdgivare. En anställd vid habiliteringen ger uttryck för detta i följande citat:

Alltså ibland upplever man att alla puttar. Alltså alla ha det så tajt i sina almanackor så att alla puttar. 'Men det borde nog vara ditt bord', 'det borde nog vara ditt'. Man fredar sig själv. Alla borde bli bättre att se att jag kan faktiskt göra denna delen, och så gör du din del och sen blir det ett bättre arbete. Men man är livrädd ibland att ta till sig fler insatser, för man vet att jag kan inte ta hand om dem när jag kommer tillbaka för att alla har så knapra resurser.

Att träffas är, som vi kommer att se, en förutsättning för samverkan. Men en krympande ekonomi gör att chefer blir mindre benägna att släppa i väg medarbetare på möten; *du behöver vara här och jobba med patienterna*. Då finns en risk att var och en isolerar sig och att var och en sitter i sin lilla bubbla och kämpar på med sitt uppdrag. En sjuksköterska inom kommunen menar att samverkan kräver ekonomiska incitament, och en chef vid öppenvården är inne på samma tankebanor när hen menar att samverkan förutsätter insikt om att organisationen faktiskt tjänar på det.

Då är det en prioriteringsfråga tänker jag. Vad tjänar vi på om vi nu träffas? Kan det gagna att det är så tufft på min arbetsplats? Kan jag tjäna på att jag går i väg två timmar och träffar folk? Ja det klart jag kan. Om vi löser frågor som vi annars skulle sitta hemma i vår lilla bubbla och ha löst annars. Och frustrera oss över.

Men knappa resurser innebär också att det inte är självklart att samverkan, när den väl kommer till stånd, utmynnar i ett mervärde för brukaren/patienten. Det är en sak att träffas, men när man sedan ska realisera det man kommit överens om kan det bli problem. En medarbetare vid habiliteringen, som är nöjd med samverkan med LSS-handläggarna i kommunerna, uttrycker samtidigt tveksamheter kring de ekonomiska förutsättningarna att realisera samverkans intentioner:

LSS-handläggarna är väldigt tacksamma i regel om det är vi som kallar till ett nätverksmöte. Då har jag inte någon annan bild än att dom verkligen anstränger sig för att försöka komma och lösa det och vara med och att vara engagerade // Själva samverkan är jag nöjd med. Men sen är det naturligtvis tufft läge för kommunen att realisera olika insatser inom LSS. För det dras åt, det krymper och det är väntetider.

En annan kommunal verksamhet där de ekonomiska förutsättningarna stramats åt är skolan vilket också får konsekvenser för närvårdssamverkan. En respondent, som samverkar med skolan när det gäller funktionsnedsatta barn, menar dock att olika rektorer låter ekonomin styra i olika utsträckning.

Inställningen, viljan, förmågan till förändring och till stöd varierar. Alltså våra barn är ju dom barnen som är i behov av extra stöd i skolan. Och det finns ju rektorer som säger att det här löser vi. Vi får lösa det på något sätt. Och så finns det dom rektorer som säger ja men vi har inga pengar till resurser eller att göra någonting och budgeten går före skollagen säger dom till och med ibland. Ja så det finns allt däremellan.

Utmaningar

Tillfällen då samverkan mellan öppenvården, kommunen och slutenvården utmanas är vid in- och utskrivning av patienter inom slutenvården. Från kommunen och även från öppenvården förväntar man sig att utskrivningen ska föregås av en vårdplanering vilket inte alltid sker. Något annat som beskrivs som utmanande är vissa patient-/brukargrupper som är svårare att samverka om än andra.

In- och utskrivning

Frågor som väcks i samband med att patienten/brukaren skrivs in och senare lämnar slutenvården är hur dålig patienten ska vara för att läget ska bedömas som akut och senare i vilket skede patienten/brukaren är när den är att betrakta som färdigbehandlad. När det gäller inskrivning-ar tycker flera från kommunen att det är näst intill omöjligt att få in en patient. *Akutmottagningen på psyk i Borås är väldigt bra på att hålla ifrån sig patienter*, som en handläggare från kommunen uttrycker det. En annan handläggare berättar att det händer att hon skjutsar upp patienter till psykakuten som hon bedömer har *suicidrisk*. Även om hon vet att personen inte blir inskriven har hon i alla fall därmed markerat att ansvaret nu ligger hos sjukvården. Från sjukvårdens sida kan man förstå att de från kommunen har den bilden. En sjuksköterska säger:

Jag kan förstå vad de menar med att det är svårt att få in patienter här. Och det är väl deras bild av att alla patienter behöver sjukhusvistelse. Medan vår bild är, inte tvärtom, men att det är långt ifrån alla som behöver vara här.

På frågan varför de har så olika bilder hänvisar hen till den medicinska kompetensen och att det i själva verket är det motsatta som råder, nämligen att de skriver in patienter i slutenvården som egentligen inte borde vara där.

Det handlar väl om den medicinska kompetensen tror jag. Olika syn på vad personen behöver. För egentligen om man ska vara ganska hård, om man ska gå på riktlinjer som vi har på avdelningen, så släpper man igenom (visar ””) väldigt många. Vi släpper in sådana som inte behöver vara här om vi ska titta strikt vad våra inläggningskriterier är.

Det är inte bara vid inskrivning som samverkan utmanas. Utskrivningen från slutenvården är kanske det tillfälle som de flesta beskriver som det mest kritiska när det gäller samverkan. Inom slutenvården är vårdtiderna korta. Några hänvisar till platsbrist vilket gör att patienter skickas hem snabbt. För snabbt tycker flera från kommunen och öppenvården. Men där finns även de som arbetar i slutenvården som tycker att vårdtiderna

ibland är väl korta. En sjuksköterska från slutenvården beskriver situationen:

Vi pratade om det precis innan. Vi skulle vilja ha lite längre vårdtider, men det är ju tryck från alla håll och kanter. Vi har 16 vårdplatser och i dag har vi 15 patienter inlagda, och det är torsdag. Så vi har en ledig plats och det börjar närma sig en helg.

En annan sjuksköterska beskriver det som att *vi skriver inte ut den som är frisk utan den som är minst sjuk*. En mentalskötare på en öppenvårdsmottagning kommer också in på de korta vårdtiderna och hur snabba utskrivningar ibland kan bidra till snabbare inskrivningar igen.

Har vi ingen chans att ta rätt hand om de som blir utskrivna då är ju avståndet till nästa inläggning kortare. Så blir det ju.

Vid utskrivning utmanas inte bara samverkan mellan kommunen och slutenvården utan även mellan slutenvården och öppenvården. En sjuksköterska från en öppenvårdsmottagning beskriver samarbetet med slutenvården som *kaotiskt*. En chef på en öppenvårdsmottagning beskriver att de från öppen- respektive slutenvården gör olika bedömningar om när en patient är redo att skrivas ut. Från slutenvårdens sida bedömer man att det nu är öppenvården som ska fortsätta med behandlingen medan de från öppenvården inte kan förstå hur de kan skriva ut patienten så tidigt.

I slutenvården är man överhopad och så känner man att nu får de faktiskt ta hand om patienten där ute på öppenvården. De måste väl också kunna ta hand om en patient. Och så skrivs den ut. Och så står vi, men va fan har du skrivit ut patienten redan. För den mår ju skitdåligt. Och så har de ändrat medicinerna. Hur kunde de ha gjort det här?

Ett problem som lyfts fram under intervjuer med dem från öppenvården är att slutenvården inte tar reda på vad öppenvården har gjort utan kan påbörja en helt annan behandling där de även kan utgå från en annan diagnos. Detta försvårar övergången från sluten- till öppenvård. En sjuksköterska från öppenvården beskriver det:

Det är väl hur man förfar vid överlämnandet till öppenvården och

hur man faktiskt tar reda på fakta om vad vi har gjort här under lång tid. Man börjar kanske med något nytt tänk när man ligger inne en kort tid. Vi har kanske jobbat med något i flera år och bara för att man kommer in så ska man göra något helt annat. Istället för att lyfta luren och samarbeta kring ärendet.

I dessa sammanhang beskrivs slutenvården som *en isolerad ö*. Patienter skrivs in och snabbt ut och ses inte som en del i den hela behandlingen. En sjuksköterska från en öppenvårdsmottagning säger att vistelsen är *på något vis utlyft i patientens liv*.

Men det som framförallt utmanas vid utskrivningar är, enligt flera intervjuer, samverkan mellan kommun och slutenvård. Då handlar det bland annat om kommunens åtagande. Under intervjuer med medarbetare från kommunen beskrivs ibland att de från slutenvården ingjuter hopp om vad kommunen kan göra i samband med utskrivning. Därför, menar de, är en väl utförd vårdplanering av största vikt. Det är ett forum där de träffas och där samverkan realiserar.

Utebliven vårdplanering

Ett problem som flera från kommunen, men även från öppenvården och habiliteringen tar upp, är att vårdplaneringen ofta uteblir. Det här gäller såväl patienter/brukare med funktionshinder som psykiatrisk problematik. Respondenter verksamma vid habiliteringen menar att man långt ifrån alltid blir kallad till vårdplanering när patienter skrivs ut från slutenvården. En av dessa spekulerar över om det kan handla om en informationsfråga:

Sen är det kanske att sjukhuset inte känner att dom kan kalla oss. Men den informationen har dom ju fått av den som är koordinator för SVPL KLARA i regionen här, så det ska dom ju veta. Men som sagt så är det ju så mycket personal på sjukhuset, all information kanske inte har landat där.

En sjuksköterska från öppenvården menar att slutenvården saknar förståelse för att kommunen måste bereda vissa saker innan patienten kommer hem. Därav behovet av vårdplanering. Då framstår det som att de från slutenvården skriver ut med ett syfte: *Man ser på sängen som ska bli ledig helt enkelt.*

De från slutenvården anger flera skäl till att de inte kallar till vårdplanering. Det kan bero på att de bedömer att inget har förändrats utan patienten/brukaren behöver samma insatser som de hade innan de blev inskrivna. Ett annat skäl kan vara att man från slutenvårdens sida bedömer att man inte kommer längre med behandlingen. Då, berättar en sjuksköterska från slutenvården, är det kommunens ansvar. *Men det funkar inte för man har inte traditionen att sköta psykiskt sjuka i kommunerna* menar hen.

Flera beskriver en ständig platsbrist, att det hela tiden är ett tryck på sjukvården. Att behovet av platser är större än vad de kan erbjuda. En sjuksköterska säger att på grund av platsbristen *måste vi ibland gå rätt hårt fram och säga att de får fortsätta vårdplaneringen hemma*. En psykiatrisköterska inom kommunen beskriver att vårdplaneringarna i hemmet inte fungerar fullt ut eftersom alla inblandade inte deltar då:

Ja det händer att vi gör vårdplaneringen i hemmet. Och då är aldrig doktorn med. Då blir det någon sorts halvårdplaneringen då. Då blir det ju oftast biståndshandläggare och... Så då blir det ju en kommunal 'hur ska vi göra i kommunen' istället för en helvårdplanering med alla inblandade.

Även om vårdplaneringen sker på sjukhuset innan patienten/brukaren åker hem riktas kritik mot att alla inte deltar. Framförallt gäller det läkarna som saknas på vårdplaneringarna vilket, enligt flera från kommunen och öppenvården, försvårar samverkan med slutenvården:

Vårdplaneringarna hade fungerat jättebra bara det hade varit en läkare med på vårdplaneringen. Det är väldigt sällan som det är någon läkare från slutenvården som är med. Och det är inte så bra eftersom det är dom som sitter med tanken om hur behandlingen skall fortsätta.

En psykiatrisköterska i kommunen menar att detta leder till patientsäkerhet, eftersom de som ska ta emot patienten/brukaren när hen kommer hem inte får den information som de anser sig behöva.

Patientsäkerhet, det är ju ingen säkerhet i patientarbetet. Och jag sitter ofta med väldigt dålig information. Jag vet inte patientens

historia och jag vet inte hur man tänkt, vad man har för målsättning. Har man tänkt att trappa in den är medicinen eller har man tänkt att trappa ur den här medicinen? Är det en underhållsbehandling eller är det....Jag har ingen aning....Jag bara utför.

Respondenten tror att en viktig faktor bakom denna dåliga uppslutning på vårdplaneringarna är att sjukvården är åtgärdsinriktad, att man saknar helhetsyn där man sätter patientens bästa i främsta rummet:

Sjukvården har inte den här helhetssynen. Hur ska den här människan få i sig medicinen? Hur går det ihop med de andra medicinerna han har fått från något annat ställe? Man har inte den här helhetssynen där man utgår från patientens bästa.

Att sjukvården inte tillmäter vårdplaneringen så stor betydelse och därför inte alla deltar i vårdplaneringen, framförallt läkarna, hänvisar hen till kulturen inom sjukvården. De gör sin medicinska åtgärd, men beaktar vare sig den fortsatta behandlingen eller patientens åsikter.

Man säger att man sätter patienten i centrum, att man säger att det är patientens åsikter som är det viktigaste. Men kulturen har inte hängt med i detta så fortfarande gör man som man gjorde förr i världen, man gör sin medicinska åtgärd och sen är man klar. Jag tror att det där kulturskiftet har inte skett än.

Läkarens frånvaro vid vårdplaneringar kommer även på tal vid en intervju med en sjuksköterska från slutenvården. Hon har dock svårt att se problemet eftersom de har den information som behövs när det gäller till exempel mediciner.

En annan sak som tas upp av de intervjuade från kommunen är att de upplever att sjukvården definierar dem som någon form av verkställare av sjukvårdens beslut. Sjukvården kan ha gjort upp en plan med patienten vad den behöver vid utskrivning utan att beakta att det är insatser som patienten måste ansöka om och att kommunen då kan göra en annan bedömning. En socialsekreterare beskriver situationen enligt nedan:

Man (sjukvården) kanske tycker att det här är vår bedömning, vi har gjort den här bedömningen. Och då kan det bli....Det är väl där lite

grann att det ska alltid finnas en behovsprövning och en bedömning utifrån socialtjänstlagen. Där kan det bli lite friktion ibland utifrån att de har gjort sin bedömning och då tycker man att då borde kommunen anamma den bedömningen. Medan vi går in och gör vår egen. Självklart med underlag från deras så klart, men det är inte de som beslutar. Det är väl det lite grann man kan uppleva, att de vill att vi ska verkställa.

Från kommunen kan man ibland uppfatta det som att där finns en bristande förståelse för att det är patienten som bestämmer när den bor hemma.

Bristande information

Ibland saknas inte bara vårdplanering. Både från kommunen och från öppenvården vittnar man om att patienter skickas hem utan att de fått någon information från slutenvården. En intervjuad från slutenvården ger en förklaring till varför det är på detta vis:

Det handlar väl om att vi är dåliga på att involvera kommunen. För det är väldigt arbetsamt för oss och sitta och ringa och försöka få tag på folk i tid och otid. Vi försöker alltid rapportera, och det ska vi ju göra när patienten skrivs ut. Och så ringer man och ringer och ringer och får inte tag på rätt person för den är inte anträffbar. Så får man rapportera till någon annan som får tala om för den som egentligen ska ha informationen.

Från slutenvården beskriver man det som att de på socialtjänsten kan vara svåra att få tag på medan *vi finns tillgängliga dygnet runt*. En annan sjuksköterska från slutenvården beskriver svårigheten:

Ibland är det jättesvårt att få tag på en socialsekreterare. Mail är ett jättebra sätt. Men om jag mailar till en socialsekreterare och de svarar så kommer svaret till mig. Är jag då ledig i tre dagar så är det ingen som kan läsa svaret. Att man hade mer öppna kommunikationsvägar som inte är så krångliga. För vi kan ju ägna en hel dag på att försöka få tag i någon. Och det tar väldigt mycket tid. Och patienten säger; har du inte hört någonting? Har de ringt? Jag vet inte hur man ska lösa det.

Där finns dock ytterligare en aktör som kan bidra till att vårdplaneringen uteblir nämligen patienten eftersom denne kan neka till att medverka. Om de från slutenvården uppfattar att där finns ett behov av att samverka med kommunen inför en utskrivning berättar en sjuksköterska från slutenvården att de då ibland ”går förbi systemet”.

Ibland har vi kunnat göra, jag vet att vi inte får, det här fantastiska KLARA-systemet, att man går förbi KLARA och så kallar man till ett nätverksmöte via telefon istället. För ska du ta det via KLARA måste du ha patientens medgivande. Men ibland har vi sett att här behövs insatser. Och då har vi sagt till patienten att kom upp och säg hej bara om där finns en möjlighet. Och ibland vänder patienten och tycker att det var inte så farligt.

Patienter svåra att samverka om

Vissa patient-/brukargrupper beskrivs som svårare att samverka om än andra. Det kan handla om att vissa diagnoser är svåra att inordna inom befintliga gränser eller att vissa patienter/brukare har flera diagnoser.

Framförallt gäller det patient-/klientgrupper som har en diagnos som gör att de inte låter sig inordnas, som inte självklart passar in och som gör att det blir svårt att urskilja var gränserna faktiskt går. Det kan även handla om patienter som inte har en tydlig diagnos utan fler. Det gäller även grupper som har flera problem där kommunen ansvarar för det ena och sjukvården för det andra problemet.

Den grupp som främst tas upp under intervjuerna, som är svårast att samverka om, är de som har missbruk och psykisk ohälsa. Här är också ansvaret tudelat genom att kommunen har hand om missbruket och regionen den psykiska ohälsan. En socialsekreterare beskriver det:

Psykiatrien skyller ifrån sig att 'nej nej nej det här är ett missbruk, det är socialtjänsten som ska ta det. Missbruket kommer före den psykiska ohälsan och man kan inte behandla det ena före man behandlar det andra.' Och vi kanske ser det precis tvärtom, att den här personen är alldeles för psykiskt sjuk. Vi kan inte göra någonting. Den går inte att behandla.

Även de med psykisk ohälsa som saknar boende beskrivs som en grupp som kan falla mellan stolarna. När det gäller den senare gruppen beskriver en sjuksköterska från slutenvården det som att *man ska inte ta upp en plats bara för att man saknar bostad*. Från kommunen kan man förstå frustrationen från slutenvårdens sida, att det arbete som lagts ner där blir ogjort om personen skrivs ut i bostadslöshet. Men, som en socialsekreterare uttrycker det, *där står kommunen utan resurser*.

Ytterligare en grupp som beskrivs som svår att samverka om är de med en bipolär diagnos. Här gäller det att kommunen är flexibel. En sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning beskriver det som att ena veckan behöver patienten/brukaren ha hjälp med att komma upp ur sängen och nästa vecka då patienten är mer uppåt kan den avsäga sig stödet från kommunen. Gränsdragningarna är svårare när patientens/brukarens behov inte är entydiga. Då blir också samverkan mer problematisk. En chef på en öppenvårdsmottagning säger:

Någonstans är väl samverkan lättare när det är mer definierat kring vad handlar frågeställningen om. Det är tydligare. Patientens behov är ganska tydliga. Då är samverkan lättare. Är det mer diffust, mer så där i gränslandet och patienten kanske inte är så tydlig själv. Man kanske mer behöver pröva sig fram, gå utanför gränserna. Då är samverkan svårare.

En annan grupp som riskerar att ramla mellan stolarna är funktionshindrade med psykisk ohälsa. En chef på en öppenvårdsmottagning beskriver en frustration över att man från habiliteringen skriver över patienter med funktionshinder som behöver något ångstdämpande, för inom öppenvården kan man inte den problematiken som deras handikapp innebär. En annan respondent, anställd vid habiliteringen, menar att funktionshindrade barn och ungdomar med psykisk ohälsa är en grupp som riskerar ramla mellan stolarna eftersom ansvarsfördelningen är oklar mellan BUP och habilitering.

Ibland är det oklar ansvarsfördelning. Det är oklart när tar habilitering och när tar BUP vid. Vi jobbar ju inte alls med terapier här på habiliteringen. Vi jobbar ju inte med suicidbenägenhet eller så. Men

ibland hamnar dom ju hos oss för att vi har kännedom om patienten och det finns en rädsla att jobba från vissa håll med dom som har en neuropsykiatrisk diagnos. Man känner att man kan inte ta dom samtalen. Men vi har inte resurser för det och då blir det lite oklart.

På frågan om hon har några tankar på hur man skulle kunna lösa detta dilemma svarar hon att habiliteringen och BUP försökt lösa detta tillsammans i samverkan genom att tydliggöra rollerna:

Någonting som vi har gjort det är att vi haft möten. Alltså inte möten där patienten finns med, utan där vi haft habiliteringens chef och BUPs chef med där vi suttit och pratat hur kan vi göra det tydligare. Hur kan vi göra fördelningen tydligare så att när vi sen sitter i möte kring en patient vet att det här är vår roll eller inte vår roll.

Styrning och ledning

I det här avsnittet beskrivs det glapp mellan å ena sidan den strategiska ledningsnivån och å andra sidan den operativa nivån. Flera intervjupersoner uttrycker då att där finns en bristande förståelse hos de som arbetar fram riktlinjer för hur samverkan ska fungera i arbetet närmast patienten/brukaren och vilka problem de faktiskt möter i sitt dagliga arbete. När ledningens och chefernas roll tas upp under intervjuerna betonas även vikten av kontinuitet och arbetsro. Något annat som lyfts fram är betydelsen av konkretion. I det sammanhanget tas de styrsystem och rutiner upp som utvecklas för att underlätta samverkan för de som arbetar närmast patienten/brukaren. Rutiner som ibland är svåra att omsätta i det konkreta fallet.

Prioritering och feedback

Chefernas och ledningens roll beskrivs som viktig. Det gäller inte minst när det handlar om samverkan. Förutsättningen för att de som arbetar närmast patienten/brukaren ska kunna samverka är att det arbetet är något som deras chefer prioriterar. Under några intervjuer med medarbetare från öppenvårdsmottagningarna i de mindre kommunerna uttrycks att de märker att de som arbetar i kommunen inte har något stöd uppifrån och att samverkan inte verkar vara något som prioriteras. Cheferna måste också vara tydliga med att det är viktigt att samverka och att de ger feedback i det arbetet, såväl positiv som negativ.

Men någon måste ju tala om att vi ska göra det (samverka). Annars blir det inte gjort. Och någon kan ju kolla upp att vi faktiskt gör det. Så vi får vara lite duktiga ibland (skratt). För det är ingen som kontrollerar oss så det är väl ingen som är intresserad. Jag tror också att man ska kräva, men vad har ni gjort i det här nu då? Nej vi har inte gjort något. Men varför inte det då? Man måste också vara nyfiken på att veta att vi gör det vi ska göra.

Arbetsro och behovet av kontinuitet

Något som kommer på tal under intervjuerna är betydelsen av kontinuitet och arbetsro. Det är en förutsättning för att samverka. Här uttrycks samtidigt en uppmaning; inga fler omorganisationer. Det här är även något som några av första linjens chefer uttrycker. På frågan vad som är viktigast att förändra när det gäller Närvårdssamverkan svarar en chef på en öppenvårdsmottagning *ingenting*. En annan intervjuperson svarar på frågan vad som behövs för att en bättre samverkan ska komma till stånd:

Att vi får lugn och ro höll jag på att säga (skratt). Att det på något sätt sätter sig i organisationen så att vi kan börja jobba effektivt.

När betydelsen av arbetsro lyfts fram är det ofta just ständiga omorganisationer intervjupersonerna syftar på. *Man blir nästan allergisk mot omorganisationer* som en uttrycker det.

Något annat som framkommer under intervjuerna och som stör arbetsron är att mycket drivs i projektform. Det gäller inte minst samverkan. Nya projekt som avlöser varandra gör att ledning och styrning framstår som ad hoc. En sjuksköterska beskriver Milton-projektet som också syftade till att stärka samverkan. Hon menar att det hade varit bättre att bygga vidare på det. En mentalskötare på en öppenvårdsmottagning kommer också in på Milton-projektet:

Där ser man tydligt att man prioriterar ett tag och sedan finns det inga andra pengar än organisationens egna och då prioriterar man ner. För det var ett projekt. Det är faran med projekt. Det går ett år eller två eller tre och sedan...

Att starta ett nytt projekt utan att ta fasta på det som fungerat sedan tidigare gör att det ibland uttrycks en viss trötthet mot nya projekt. Några

beskriver det i termer av att det inte finns någon uthållighet utan projekt avlöser varandra. Både omorganisationer och projekt sker, så som det beskrivs i flera intervjuer, utan att man tar fasta på den samverkan som är inarbetad. Istället *ska man vända upp och ner på allting* utan att ta fasta på vad som varit bra sedan tidigare.

En annan omständighet som skapar brist på kontinuitet är att det på vissa ställen är frekventa chefsbyten. *Det byts chefer hela tiden.* Ständiga chefsbyten gör att de enda som har kontinuitet i verksamheten är de som arbetar närmast patienten/brukaren.

Och också att där har man bytt chef eller man har bytt verkställande så många gånger så de har ingen kontinuitet i det här. Det är jag som har kontinuiteten här. Och min erfarenhet är inte värd någonting. Det utarmar ju också, på något vis, verksamheterna. Det finns ingen efterfrågan på vad som blir bra och vad som fungerar.

Men det är inte bara chefer som byts ut. En enhetschef på en kommun säger att en god personalpolitik är en viktig ledningsfråga. Då stannar personalen och det bidrar till kontinuitet, något som främjar samverkan.

Jag tror att om alla är rädda om sin personal, om man börjar där och tänker att nu är det jätteviktigt att vi har personal som har erfarenhet och kompetens i detta så skulle det vara på ett annat sätt.

Att en hög personalomsättning försvårar samverkan är något flera av de intervjuade tar upp. Det blir enklare när de man samverkar med har arbetat länge och vet vad som gäller. En sjuksköterska från en öppenvårdsmottagning hänvisar till ett möte med kommunen som ägt rum tidigare under dagen:

Just i dag så var vi ju gamla rävar allihop. Vi vet ju vad som gäller, i vems uppdrag, alltså var det hör hemma. Så när vi är sådana som har jobbat så blir det sällan något problem för vi vet ju vad lagar och regler säger och vi vet vem som har vilket uppdrag.

Hen menar att om den de ska samverka med inte har lika mycket erfarenhet blir det betydligt trögare. När de personer de saknar erfarenhet beskrivs mötena som *väldigt platta för allting ska tas tillbaka till chefer.*

Den politiska ledningen

Det är inte bara chefskapet som kommer upp. Även den politiska ledningen tas spontant upp under några intervjuer. Någon beskriver det som att kommunens och landstingets politiker sitter på varsitt håll och talar om samverkan utan att skapa förutsättningar för det. En sjuksköterska på en vårdcentral är kritisk till hur politikerna utlovar en god vård trots besparingar. Det som premieras är det som kan mätas. Hon beskriver hur det riskerar att undergräva förutsättningarna för att bedriva en bra psykiatrisk vård. Denna förutsätter ofta långsiktighet och behandlingen låter sig sällan inordnas utifrån de insatser som genererar pengar till vårdcentralen. Och det främjar inte heller samverkan.

Allt måste mätas. Jag menar det finns kvalitetsindikatorer och då är det om jag mätt blodtrycket och blodsocker och vad det är för något mer. Och längd och vikt. BMI är viktigt också. Men om vi har hunnit med att tala med människor, vi kan göra en massa hundra saker utan att tala med en människa någonting, där är en miss. För det prioriteras inte.

När det gäller psykiatrin är det framförallt samtalet som behövs och resultatet av det kan vara mer långsiktigt och svårare att mäta effekterna av. Och då handlar det inte bara om samtalet med patienten/brukaren. Även de möten då de samverkar med kommunens personal om patienter/brukare premieras inte enligt sjuksköterskan på vårdcentralen.

Rutiner och samverkan

Några chefer i materialet pratar om vikten av enhetliga och tydliga rutiner med klara roller, informationsgångar, gränser och samverkansformer som ska skapa förutsättningar för en likvärdig, rättvis, effektiv och kvalitetssäkrad vård. Betydelsen av detta är även något som lyfts fram i styrdokumentet för Närvårdssamverkan. Av intervjuerna framkommer dock en viss skepticism mot dessa rutiner. En chef på en öppenvårdsmottagning betonar att oavsett om det tas fram gemensamma rutiner så fallerar det ändå om känslan för samverkan saknas på den operativa nivån. Då spelar det ingen roll vilka direktiv ledningen ger eller vilka rutiner som utformas.

Och vi gör PM och vi gör regelverk och riktlinjer och allt möjligt om hur vi ska kommunicera för att ha en struktur att gå efter, men det håller inte i alla fall. Vi kan göra 18 000 PM tror jag. Men finns inte den här känslan att så här ska vi jobba, det är viktigt att vi jobbar så här så rasar ju alltihop.

En annan chef på en öppenvårdsmottagning beskriver att det finns en övertro på strukturer och rutiner men att dessa sällan är lösningen. Det viktiga är det personliga mötet.

Det är personbundet så det står härliga till. Det spelar ingen roll vilka strukturer vi gör. Det finns en väldigt god idé och tanke i det (att bygga upp strukturer). Men träffas man inte och lär känna varandra så funkar det inte.

Några av de intervjuade beskriver en svårighet med enhetliga rutiner inom psykiatri och funktionshinder. Ofta är de problem man ställs inför så specifika att det är svårt att bygga upp strukturer eller rutiner som gör att alla problem som uppstår låter sig lösas. Detta kan också vara en anledning till att några av de intervjuade medarbetarna upplever det som mindre meningsfullt med formella möten där man diskuterar strukturer och rutiner. En kommunal sjuksköterska som vid intervjutillfället varit med på ett möte i det lokala psykiatrirådet menar att det finns en fara att man i detta forum hamnar i diskussioner kring allmänna rutiner istället för att utgå från en *konkret verklighet*. Den intervjuade betonar vikten av att förankra samverkan i en lösningfokuserad konkret vardag där den individuella patientens problem står i fokus. Men på samma gång ser hon även en svårighet med att diskutera det konkreta, eftersom man då lätt hamnar i anklagelser. Så länge diskussionen handlar om rutiner behöver den aldrig bli så infekterad.

Jag tror att om vi landar där i psykiatrirådet, att diskutera övergripande frågor, rutiner och strategier då engagerar sig inte folk. Då blir det också så där lamt och tamt. Man måste nog komma ner till konkret verklighet. Men det blir ju lätt då att man anklagar så det svåra är ju då hur man kommunicerar detta. Man måste ju objektivifiera det så att människor inte bara går i försvar och tänker att 'ni ska

inte komma och tala om för oss hur vi ska jobba vi gör så gott så gott vi kan'. Man hamnar ju ofta där. Så det är ju inte helt lätt att hitta de kommunikationsformerna.

Istället för enhetliga rutiner förordas att de som arbetar närmast patienterna/brukarna får lösa de problem som uppstår utifrån de specifika villkor som råder just då. Men då förutsätter det att de har ett handlingsutrymme så att det låter sig göras. En socialsekreterare uttrycker detta.

Och har de som utför bara mandat för det så kan man få till det ganska bra. Men har man inte mandat och ändå gör så kan det också bli tokigt. Så det måste finnas ett tydligt mandat att lös det här.

Svårigheten med generella rutiner är inte endast beroende av att fallen inom psykiatri och funktionshinder är specifika, utan försvåras också av olika förutsättningar på kommunal nivå. *Man måste borra ner i varje kommun för att se vilka problem och förutsättningar de har där* säger en sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning. En annan sjuksköterska, också från en öppenvårdsmottagning, menar även att förutsättningarna på de olika öppenvårdsmottagningarna ser olika ut vilket undergräver förutsättningarna för gemensamma rutiner i hela regionen.

Några av de intervjuade tar upp rutiner för samordning där tanken är att man ska använda sig av datoriserade system för informationsöverföring mellan organisationer. Syftet med dessa system är att effektivisera och underlätta den interorganisatoriska informationsöverföringen. I några intervjuer framkommer dock att rutiner och system för interorganisatorisk samordning, såsom SVPL KLARA, långt ifrån alltid tillämpas och följs.

Det är tydligt att man tycker att det fungerade oerhört dåligt med all form av informationsöverföring trots alla insatser vad gäller liksom SVPL KLARA och allting. Och alla riktlinjer som finns där det egentligen inte skulle kunna gå fel. Men där det ändå hela tiden brister, att information går inte fram. Man vet inte att patienten är inlagd, man vet inte att den är utskriven.

Att patienter inte skrivs in i SVPL KLARA när de blir inlagda på sjukhuset tas upp av flera respondenter. Det kan leda till att personalen i kommunen varken får vetskap om att patienten skrivs in eller skrivs ut från sjuk-

huset. Detta skapar problem i vårdgivare- och vårdtagarrelationen eftersom informationsöverföring inte hänger med patientens gränsövergång mellan sjukhusvård och hemsjukvård. Så trots att det finns rutiner så fungerar inte dessa fullt ut. Att systemet inte används i den utsträckning som det är tänkt kan ha sin orsak i kompetensbrist menar en respondent:

Ja SVPL KLARA är ju inte tungrott egentligen, men alla vet inte om hur man ska använda det och utbildningar för nyanställda hade kanske underlättat. Nu har ju jag använt KLARA i två år innan jag började jobba här. Men när jag kom hit så var det flera som inte hade förstått vad vi skulle ha det till egentligen, eller hur det funkade.

Att medarbetare är kritiska till gemensamma rutiner innebär inte att de är kritiska till alla rutiner, men man betonar att de ska vara praktiska. En arbetsterapeut i kommunen understryker t.ex. behovet av mer strukturerade samverkansformer med särgymnasiet eftersom hen anser att informationsöverföringen är otillräcklig i samband med att elever från särgymnasiet ska praktisera i kommunens dagliga verksamhet. *Vi får inte veta någonting utan vi får alltid börja om från början.* Önskemålet om mer strukturerade samverkansformer har alltså i detta fall sin grund i en upplevd brist i de nuvarande samverkansformerna på lokal nivå.

Rutiner kan också fungera som stöd när man är nyanställd eller när hög personalomsättning gör att förutsättningarna för att utveckla personliga relationer försvåras. En sjukgymnast inom kommunen menar att hen saknar rutiner att falla tillbaka på i sina kontakter med vårdcentralen eftersom personalomsättningen är hög där.

Där saknar man någon slags formalia att luta sig emot. Att såhär gör man och så följer man det, då vet personalen på vårdcentralen också att så här går det till.

En formell mötesstruktur som flera av de intervjuade har en positiv erfarenhet av är Västbus. Några av de intervjuade som är positiva till Västbus i övrigt menar dock att denna formella mötesstruktur ibland skulle kunna ersättas av fortlöpande nätverksmöten i vissa sammanhang.

Alltså jag tror ändå att Västbus-mötena är bra att behålla. Sen ska nog andra både vi och andra använda dem till det de ska användas

till. Sen när man har pågående insats, när man följt upp Västbusmötet vid ett tillfälle, så tänker jag att vi kan övergå till vanliga regelrätta nätverksmöten.

Flera lyfter alltså fram svårigheten att utforma gemensamma rutiner. Ett skäl som de lyfter fram är patienterna/brukarna inom psykiatri och funktionshinder är så speciella målgrupper som gör att det är svårt att utforma generella arbetssätt. Istället måste problemen lösas utifrån det specifika fallet. Ett annat skäl är att kommuner och även öppenvårdsmottagningar ser så olika ut. Det är dock inte rutinerna i sig som är problemet. Rutiner kan vara bra, men då måste de vara konkreta och ta fasta på de problem som de som arbetar närmast patienten/brukaren möter i sin vardag.

Behovet av konkretion eller "att jobba på två fronter"

De flesta av de intervjuade känner inte till Närvårdssamverkan överhuvudtaget och de som gör det säger att direktiven riskerar att bli för abstrakta och de rutiner som ska följas är inte anpassade efter de problem som de som arbetar närmast patienten/brukaren ställs inför. Därför, menar flera intervjupersoner, borde samverkan utvecklas underifrån utifrån de problem som uppstår i arbetet. *För det är ändå i det lilla som någonting byggs upp*, som en sjuksköterska inom öppenvården uttrycker det. En annan sjuksköterska på öppenvården beskriver det som att *de (ledningen) förstår inte vad det handlar om* och att de saknar förståelse för patientens behov. Glappet mellan ledningen och de som arbetar närmast patienten förklaras av en sjuksköterska inom öppenvården med att ett chefsled tagits bort vilket innebär att cheferna som går på möten för att diskutera samverkan och utveckla rutiner vet väldigt lite om verksamheterna. Hon säger också att man glömmer "tjänstemannanivån" det vill säga de som arbetar närmast patienten/brukaren.

Alltså vad det är jag som tjänsteman skulle behöva, det vet ju inte cheferna för de jobbar ju inte... Alltså de jobbar ju inte med det vi gör. Så ibland kanske man skulle låta intresserade tjänstemän, om vi nu ska ta det begreppet, mötas istället i de här grupperna.

En annan sjuksköterska, också på en öppenvårdsmottagning, svarar på frågan hur hon tycker att en ökad närvårdssamverkan skulle kunna uppnås.

Hon lyfter då fram betydelsen av en dialog med dem som arbetar närmast patienten/brukaren:

För det första hade jag frågat vad är det ni vill med det här? Hur tänker man? Hur blir det faktiskt ett verksamt, inte bara dokument utan ett flöde. Hur får man ihop det? Vem tar vem med vad? Och vem gör vad i det här? Bli lite mer praktisk tror jag. Jag skulle nog försöka praktisera det lite mer.

Förutom att flera efterfrågar att Närvårdssamverkan borde vara mer praktiskt och anpassas till de konkreta behov som finns i verksamheterna efterfrågas även ett tydligare syfte. För som de beskriver det får de flera direktiv som de inte alltid förstår poängen med. En sjuksköterska från en öppenvårdsmottagning säger att arbetet kantas av sådant som man måste göra men som man inte förstår varför.

Vi får väldigt mycket på oss. Måsten som vi ska göra. Vi måste diagnosätta det ena och vi måste föra in KVA-koder där och vi måste... Alltså det finns så mycket som vi måste göra som vi inte riktigt ser syftet med. Du måste fylla i kvalitetsregistret. Du måste lämna ut den här enkäten och du måste göra det här. Vad får jag ut av det då? Och sedan säger de att du måste åka och samverka. Med vem? Varför då?

En chef på en öppenvårdsmottagning säger att det spelar ingen roll om *de som roddar projektet* förstår så länge det inte når ut till dem som träffar patienten. Om man inte ser syftet med det som ska göras befarar flera intervju-personer att det endast blir propåer som riskerar att drunkna i det övriga informationsflödet. Flera beskriver att det kommer väldigt mycket information framförallt via mail. Mängden gör att det till slut blir svårt att ta till sig eller sova.

Jag tycker att man får så ofantligt mycket information så jag tror att vi vet mindre i dag än vi visste för 20 år sedan när chefen drog informationen på personalmötena. För allting bara vidarebefordras och jag får från Kommunförbundet och FOU Sjuhärad. Det får jag flera gånger i veckan. Jag får massor. Vi får så otroligt mycket information hela tiden. Så att det är svårt att sälla och veta vad man ska ta till sig.

Även om flera beskriver att Närvårdssamverkan mer bör byggas underifrån i det konkreta betonas det också som viktigt att samverkan fungerar på ledningsnivå. En sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning beskriver det som att om samverkan ska fungera måste *det vara från båda fronter*.

Det är jättebra att det finns där uppe och självklart måste det vara så. För det klart här nere kan man inte börja pyssla med saker som det inte finns någon ledning och struktur för, att så här ska vi jobba. Men jag tror att det måste vara från båda fronter. För där uppe är man ofta ganska överens på den här lite pompösa nivån. Man pratar, och när det börjar hetta till så droppar man de frågorna neråt i organisationen som man inte riktigt själv mäktar med tror jag. Det blir lite för lägre chefer att hantera.

De flesta säger att en förutsättning för att det ska fungera är att där finns en ledning som stöttar och tar fasta på de problem som de som arbetar närmast patienten/brukaren står inför och utifrån det utveckla strukturer och rutiner som ska underlätta arbetet för dem som befinner sig i de operativa verksamheterna. Annars riskerar effekterna av Närvårdssamverkan att utebli. Bristen på effekter på den operativa verksamheten är också något som uttrycks av en enhetschef:

Jag vet ju att min chef, verksamhetschefen, har ju ett intensivt arbete med Närvårdssamverkan. Men frukterna av det, där vi kan se att besluten landar och förankras i hela verksamheter det har jag inte sett än. Det är ju ändå det som man förväntar sig då att det kommer till konsensus i viss frågor, och att vi tydligt kan se att nu är de det här som gäller både för psykiatrin och kommunerna. Det saknar jag faktiskt fortfarande, att vi tydligt kan se resultatet av Närvårdssamverkan.

Värdet av att lära känna varandra

I den avslutande delen av den här delstudien lyfts betydelsen av att träffas fram. Behovet beskrivs bottna i de olikheter som finns vad gäller kultur och arbetssätt som finns inom region respektive kommunerna. Det här är något som kommit fram under de allra flesta intervjuer. Något som ibland och

blir påtagligt är att samverkan ibland inte framstår som något som pågår mellan två jämbördiga parter. Sjukvården beskrivs då ofta som överordnad. Att lära känna varandra beskrivs därför som en förutsättning för en ömsesidig samverkan, men också för att få tillstånd en bättre sjukvård och omsorg.

Förståelse, kunskap och att mötas som jämbördiga parter

Flera beskriver en misstro mellan kommunen och regionen som till stora delar handlar om man kan för lite eller har bristande förståelse för varandras verksamheter. De från slutenvården uttrycker att de från kommunen har en övertro vad slutenvården faktiskt kan göra under de dagar patienten/brukaren är inlagd. En sjuksköterska från slutenvården säger att från kommunen tror man att patienten/brukaren kommer in, träffar en läkare, får mediciner och så blir allt bra. Här uttrycks även att de från kommunen har en oförståelse för vad en medicinjustering innebär. En sjuksköterska från slutenvården säger att *de från kommunen kan tro att det tar tre veckor av justera en medicin, när det i själva verket kan ta tre dagar*. Även en mentalskötare från öppenvården beskriver att kommunens boendestödjare ibland kan ha för höga förväntningar på vad de från öppenvården faktiskt kan göra med en patient/brukare. Bland annat uppfattar de att de från kommunen har en övertro på mediciner.

Under intervjuerna med de från kommunen uttrycks också en bristande kunskap och förståelse hos sjukvården om vad de från kommunen kan göra. Flera från kommunen uttrycker då en bristande förståelse från sjukvården, att de inte inser att patienten/brukaren bestämmer själv när den bor hemma. Någon säger att de inom sjukvården tror att ett särskilt boende har större resurser än det verkligen har, att det är en "minisjukhusavdelning" och att det är lösningen vid utskrivning från slutenvården. Men framförallt upplever man en bristande förståelse för vad det faktiskt innebär att skicka hem en patient/brukare om hen har mycket insatser från kommunen. Då krävs tid för planering och dessa kan inte realiseras över en dag.

Ofta kommenteras olikheterna mellan kommunen och regionen. Det kan handla om arbetssätt, rutiner eller att de har "olika glasögon". En sjuksköterska från slutenvården beskriver skillnaden mellan dem och de som arbetar i kommunen:

Jag tror vi har olika glasögon. Jag har vårdglasögon. Det är ju det enda jag har jobbat med. Det är vård. Jag ser det utifrån mitt perspektiv då naturligtvis. Och jobbar du inom socialtjänsten så har du andra ögon att se med. Men det behöver inte vara någon nackdel utan man kan få in mer synvinklar bara. Men vi måste försöka respektera och acceptera varandra.

En socialsekreterare beskriver skillnaden mellan kommunen och sjukvården på så sätt att den senare är mer hierarkisk. De har mer tvärsäkra svar. Det är mer svart och vitt. Den mer beteende- och samhällsorienterade kunskapen som de i kommunen besitter är mer resonerande. Där tänker man mer å ena sidan och å andra sidan. Den kunskapen kan vara svårare att hävda. En annan socialsekreterare beskriver något som ligger i linje med detta. Hen säger att den bedömning de gör är betydligt mer omfattande än den som man gör från sjukvården:

Han (läkaren) har ju gjort sin professionella bedömning. Och vår bedömning är ju inte bara personen utan även personens sammanhang. Och det tar ju längre tid att göra den utredningen.

Att de går in med olika perspektiv utifrån olika kunskapstraditioner försvårar samverkan. Det skapar en grogrund för misstro. En socialsekreterare beskriver det som att *vi måste komma ifrån det här med att överpröva varandra*.

Olikheterna beskrivs som något som ibland skapar misstro och som ibland försvårar samverkan. Men olikheterna beskrivs också på ett sätt som gör att relationen inte framstår som symmetrisk eller att den bedrivs mellan två jämlika parter.

Sjukvårdens överordning

Sjukvårdens överordning framkommer i flera intervjuer och tar sig flera uttryck. En sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning beskriver det som att trots att hen och sjuksköterskan i kommunen har samma utbildning blir kontakten ändå inte jämlik. Hen beskriver att sjuksköterskan från kommunen lägger sig i en *under dog-position*. En boendestödjare beskriver också en asymmetri i kontakten med öppenvården. Hen säger att *de sitter med all profession* medan de själva som boendestödjare är *vanliga sket-*

na undersköterskor och mentalskötare. En annan boendestödjare beskriver mötena med öppenvården:

Det är klart att det hettar väl till varje gång man pratar om en patient för att man ibland tycker olika. Men det är inte det att vi sitter och gapar och skriker på varandra. Så är det ju aldrig. För någonstans har de (från öppenvården) mer kunskap. Det kommer vi aldrig ifrån. Vad gäller den medicinska biten.

Att boendestödjarna ofta har lägre formell utbildning än de som arbetar inom sjukvården är alltså något som tas upp under intervjuerna. Men samtidigt som boendestödjaren ovan betonar att sjukvården har mer kunskap om den medicinska biten beskriver hen hur de som boendestödjare har mer kunskap om den enskilde patienten/brukaren.

För de får aldrig den relationen som vi få med dem (patienterna). De är där i en halvtimme och pratar medicin och sedan är det bra. Jag menar på så sätt bygger man inga relationer.

Den kunskap som boendestödjaren får genom daglig kontakt med patienten/brukaren är dock svår att hävda i förhållande till sjukvårdens kunskap inom medicin och psykiatri. Några från öppenvården beskriver att de ofta hamnar i handledningssituationer när de träffar boendestödjarna i kommunen. En mentalskötare på en öppenvårdsmottagning beskriver mötet med kommunens boendestödjare:

Så vi blir ju deras handledare på sätt och vis. Vilket ju inte... Det är ju inte så man tänker handledning. Jag tycker att den gruppen i kommunen är väldigt utsatt som jobbar med psykisk ohälsa. De har inte stöd. Det finns inte mycket kunskap. Det är ju en kommunal struktur och det finns inte mycket kunskap om psykiatrin.

Sjukvården har en profession som kommunen saknar, nämligen läkaren. En psyksjuksköterska från kommunen beskriver hur hon som sjuksköterska befinner sig i vad hon upplever som en asymmetrisk maktrelation i förhållande till läkarna i samband med ronder på öppenvårdsmottagningen:

Det känns som när man går till rektorn och ska bli förhörd ungefär som du har gjort vad du ska. // Doktorn sitter vid sitt skrivbord med

sin dator och har liksom makten i det och så kommer vi sjuksköterskor.

Ett annat tillfälle då professioner från kommunen och sjukvården möts är under vårdplaneringen. En sjuksköterska från kommunen beskriver hur relationen mellan å ena sidan kommunens handläggare och sjuksköterskor och å andra sidan sjukvårdens läkare kan bli lite ansträngd om kommunens personal gör andra bedömningar än vad läkarna gör.

Många läkare agerar som om de blev personligt kränkta. Läkare är ju så vana vid att de har sista ordet. Som har makten. Så kommer det en psykiatrihandläggare och en sjuksköterska från kommunen och säger att det här... det finns ingen möjlighet. Då blir det något personligt av det hela.

En sjuksköterska från en öppenvårdsmottagning tar också upp mötet mellan läkarna och kommunens företrädare. Hen tror att läkarna har svårt att se att de från kommunen kan göra en annan bedömning:

Jag tror framförallt att det är svårt för läkarprofessionen fortfarande, det här att man faktiskt inte kan tala om för en annan organisation att det här ska den organisationen göra. Förstår ni inte det? Och så gör den andra organisationen en annan bedömning, och då har de svårt att hantera det.

De från kommunen beskriver att de ofta märker att även patienten definierar sjukvården som överordnad. Dels på grund av respekten för läkarna och dels för att de har något som patienten eftertraktar, nämligen möjligheten att skriva ut mediciner:

Patienten vill ändå ha sina mediciner. Det är lättare att ja, på något sätt, vara den maktpersonen, vilket kommunen har svårare för.

Kunskapen inom sjukvården personifieras alltså framförallt av läkaren. En svårighet som lyfts fram är att det är stor omsättning på läkare och att dessa kan göra olika bedömningar vad t.ex. medicinskt färdigbehandlad innebär. Detta gör att det är svårt att förutse läkarens bedömningar och beslut. Det här beskrivs som ett problem även från en sjuksköterska inom slutenvården. Vissa läkare prioriterar korta inskrivningstider i högre utsträckning

medan andra läkare väger in andra aspekter. Och vilka prioriteringar de gör påverkar arbetet på avdelningen.

Läkarbristen med tillfälligt inhyrda läkare beskrivs även som ett problem för kommunens personal. Habiliteringsassistenter i kommunen beskriver i det här sammanhanget hur utfärdandet av läkarintyg för aktivitetsersättning kan fördröjas.

Vi ringer öppenvården för att få ett läkarintyg och då får vi en telefonid. Och då ska vi bli uppringda då. Och då tänker jag att vi ska bli uppringd samma dag, inom 24 timmar i alla fall. Men i ett fall tog det en och en halv vecka innan dom ringde upp, och då ringde de upp för att säga att vi skulle titta på en läkartid. // Och då tog det ett par veckor till innan brukaren fick en läkartid, och det är jäkligt kass tycker jag faktiskt.

De intervjuade habiliteringsassistenterna beskriver hur bristande läkarkontinuitet även kan skapa oro bland brukare med neuropsykiatrisk problematik eftersom denna brukargrupp är extra beroende av kontinuitet och struktur. Att få brukaren att ta läkarkontakt under sådana omständigheter kan kräva motivationsarbete.

För en vanlig person som inte har Asperger, ADHD eller autism kan det vara mycket lättare att träffa en ny människa men det kan vara ett jättestort steg dessa brukare. // Dom tappar förtroende dom blir oroliga och dom vet inte vad som ska hända, jag måste vara jävligt konkret, jag måste förklara varför vi ska träffa läkaren.

Sjukvårdens överordning kommer även till uttryck rent konkret i arbetet på andra sätt. Det handlar även i detta fall om att professioner i kommunen inte har mandat att ta vissa beslut, vilket bidrar till att arbetet blir mer svårarbetat. En sjukgymnast i kommunen beskriver att hen inte har rätt att själv skriva remisser till ortopedtekniska om hen ser ett behov av ett hjälpmedel som inte är prefabricerat, utan remissen måste i så fall skrivas av en läkare. Hen informerar då en sjuksköterska som i sin tur vidarebefordrar informationen till en läkare som skriver remissen till ortopedtekniska. Den intervjuade sjukgymnasten menar att detta remissförfarande visserligen fungerar men att det är ett system där informationen förmedlas i flera

led vilket innebär att leveransen av hjälpmedlet kan ta lång tid samt att det försvårar kommunikationen mellan sjukgymnast och ortopedtekniska. Respondenten menar att det vore bättre om hen hade möjlighet att skriva dessa remisser själv.

Det känns som att jag skulle vilja skriva dom här remisserna själv. Det känns som dom blandar in läkarna helt i onödan. Och enda syftet jag kan se är väl att man vill ha en flaskhals på något sätt och det kanske kan vara bra. Men rent praktiskt är det inte särskilt funktionellt.

Möjligheten att säga nej

En aspekt som måste beaktas som kommer fram under intervjuerna och som påverkar samverkan är att från sjukvårdens sida har man en möjlighet som kommunen saknar, nämligen att säga nej till en patient/brukare. Såväl öppenvården som slutenvården kan säga att patienten inte längre är aktuell hos dem för att behandlingen är färdig eller att man inte kommer längre med den. En sjuksköterska från en öppenvårdsmottagning beskriver det:

Alltså vårt uppdrag är ju inte utökat. Har man fått en behandling här och man tänker att en riktad behandling inte längre...att man kommer inte längre. Då är det ju vardagen det handlar om och då är det kommunens ansvar.

Den samverkan som kommunen haft med sjukvården avslutas därmed. En socialsekreterare beskriver detta med en viss uppgivenhet:

Alltså socialtjänsten, där hamnar allt till slut. Regionen kan säga 'Nej, vi kan inte ta detta. Vi kommer inte längre. Ni får ta det likasom'.

För kommunens personal kan det innebära att de då står ensamma och att det är svårt att inse att där inte finns mer att göra, att den brukaren som de träffar varje dag inte förväntas bli bättre. Det här är tillfällena som några från kommunen beskriver som känslomässigt jobbigt. De har en vardaglig kontakt med patienten/brukaren och att på något sätt kasta in handduken och ge upp fortsatt behandling beskrivs då som tungt. En sjuksköterska från kommunen tar upp att det är ett tillfälle då det kan bli motsättningar.

När alla på något sätt som verkar runt patienten kommer fram till att vi kan inte göra mer så är det lätt att det blir lite motsättningar och man känner frustration att man inte vet hur man ska handskas med det. Om man verkligen inte kan göra något annat eller om man kan pröva på det här istället. Och då kan man känna en... Då kanske det är så att jag känt av... Då blir det så tydligt att jag stått närmare patienten och ser den ofta, medan mottagningen inte gör det. De har fortfarande ett stort ansvar för patienten men träffar inte honom eller henne så ofta. Så de kan lättare hålla det ifrån sig. Då kan det bli lite känsla av att det gnisslar.

Olikheterna beskrivs alltså i termer av kulturskillnader, olika kunskaps-traditioner och att de därmed har *olika glasögon* i arbetet med patienten/brukaren. Samverkan kan därmed sättas på prov och då framstår sjukvården ibland som överordnad. För att komma förbi de konflikter eller den *överprövningen av varandra* uttrycker de allra flesta ett behov av att träffas och lära känna varandra.

Behovet av att mötas

En förutsättning för samverkan ska fungera är att de ökar förståelsen för varandra. Detta är något som uttrycks under intervjuer av såväl medarbetare från kommun som region. Därför betonas vikten av att de som arbetar närmast patienten/brukaren träffas och lära känna varandra. *Samverkan måste börja byggas underifrån* som en sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning uttrycker det. När förståelsen och kunskapen om varandras verksamheter utvecklas gynnar det även patienten/brukaren genom att man då vet var man ska lotsa dem om de egna insatserna inte räcker till.

Det är viktigt att vi får kunskap om andra organisationer så att man kan både anpassa sina egna insatser men också lotsa. En stor del av vårt arbete är att hjälpa patienter rätt i samhället. Vi kan ju inte erbjuda alla insatser patienter behöver, men vi kanske lotsa patienter att få rätt insatser från en annan instans.

En chef på en öppenvårdsmottagning beskriver det som att om man inte träffas så finns en risk att man bygger upp fantasibilder. Därför går samverkan lättare om man får ett ansikte på den man ska samverka med. Om

man känner varandra är det lättare att samverka, *man vet var man har varandra* som en kurator uttrycker det. En sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning beskriver vikten av att bygga upp personliga relationer för att samverka:

Alltså någonstans samverka vi ju ändå på personlig nivå. När vi sitter runt bordet så sitter vi ju där som de tjänstemän vi är, men vi är ju samtidigt personer. Och med vissa fungerar jag bättre med än andra. Och självklart så vänder jag mig alltid till dem, om jag har möjlighet, där jag upplever att vi är på samma vågplan.

En sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning i Borås menar att de personliga kontakterna har blivit än viktigare på senare tid. Ett skäl till det är att det sällan finns en receptionist att vända sig till längre.

Om du ska ringa socialtjänsten i dag så är det ju, det finns ju ingen receptionist. Utan man ringer direkt till en tjänsteman hela tiden. Och det är ju så inom de flesta organisationer. Och det gör ju att man ringer till dem som man vet finns. Och det är sådana man träffat.

Att sitta nära varandra beskrivs i några intervjuer som något underlättar samverkan genom att det ger bättre förutsättningar att träffas. Detta betonas av såväl de som arbetar inom habiliteringen som inom psykiatrin. I den lilla kommunen sitter man ofta närmare varandra och det är inte heller så många vårdcentraler att samverka med. En sjuksköterska från en öppenvårdsmottagning i Borås önskar att hon satt närmare de som hon samverkar med i kommunen.

Om vi åtminstone satt i samma hus så hade vi haft nära till samverkan. Vi hade kunnat säga att jag kan gå med dig upp och prata, om hon säger att det är jobbigt.

Flera från kommun och öppenvård beskriver att den stora utmaningen är att samverka med slutenvården. I de mindre kommunerna sitter de ofta närmare varandra och det finns en större människokännedom mellan öppenvård och kommun. En enhetschef från öppenvården beskriver det också som att de svetsas samman för de definierar tillsammans en yttre fiende nämligen slutenvården. Den ligger också långt bort geografiskt. Då

kan man tillsammans *mötas i frustration* för man har *en gemensam yttre fiende* nämligen slutenvården.

Flera hänvisar till när slutenvården var geografiskt indelad, när varje avdelning hade ett geografiskt upptagningsområde. En chef på en öppenvårdsmottagning i en mindre kommun beskriver det:

Jag kan ju längta lite grann tillbaka till sektoriseringen som var innan 2000. Det växledes ju där. Då hade vi ju en avdelning som vi lade in patienterna på. Vi åkte till den avdelningen och rondade. Doktorn på öppenvårdsmottagningen skötte patienterna i slutenvården också och fanns där. Det blev en kontinuitet. I dag har vi fem olika avdelningar att ha kontakt med och hitta en struktur för.

När slutenvården nu har en diagnosindelad organisation får man inte den personkännedomen. Varje sjuksköterska inom slutenvården har alla kommuner i upptagningsområdet att samverka med och de i kommunerna kan aldrig veta vilken avdelning som de ska komma att samverka med när det gäller en viss brukare. Det undergräver möjligheten att lära känna varandra.

Även delar av habiliteringen har gjort en liknande omorganisering där de gått från geografiskt indelade team till diagnosindelade. En av de intervjuade vid habiliteringen menar att det i samband med omorganisationen fanns farhågor om risken med att varje team skulle få jobba mot ett större geografiskt område med fler samverkanspartners. Hen har dock än så länge mest sett fördelar i och med att specialiseringen inneburit att personalen blivit mer kompetenta inom sitt område, även om en del gett uttryck för att ett smalare arbetsområde skapar ett mindre stimulerande arbete. Att en diagnosindelad organisation medfört vinster i form av specialistkunskap hävdar även några inom psykiatrin, medan andra säger att det inte fungerar i praktiken eftersom patienten/brukaren ändå skrivs in på den avdelningen där det finns plats för tillfället.

En grupp som kanske mer än några andra lyfter fram behovet av att träffas är de som dagligen möter brukarna, nämligen habiliteringsassistenter och boendestödjarna. Funktionsnedsatta brukares beroende av olika regionala och kommunala insatser gör att dessa yrkesgrupper önskar en tätare samverkan mellan olika organisationer och huvudmän kring konkreta patientfall. En habiliteringsassistent ger uttryck för en dylik

vision i form av gränsöverskridande arbetslag skräddarsydda för brukarnas behov.

Bruskarna skulle kunna ingå i ett lag utifrån sitt behov, ett lag med till exempel psykiatriker, jobbcoacher, kuratorer och representanter från skolan. Vad det än må vara som man behöver ha kring brukaren. Det hade ju varit en dröm. Då skulle man kunna jobba och följa upp på ett helt annat sätt. Och att man skulle kunna ringa folk, att de då skulle veta vad det handlar om vem det berör. Att man kan vara som ett litet arbetslag.

En boendestödjare betonar vikten av att samverka och att träffas. *Vi vill jättegärna lära oss mer.* De kontakter som då efterfrågas är, förutom den med öppenvården, bland annat slutenvården och det mobila teamet. I en kommun där boendestödjarna träffar dem från öppenvården regelbundet betonas att den kontakten är mycket viktig. *Den får de inte ta bort.* En boendestödjare beskriver den som *vår enda livlina.* En annan boendestödjare säger att *de mötena kommer vi slåss med näbbar och klor för att fortsätta ha.* De uppfattar dock att dessa möten är ifrågasatta av ledningen – *Om det är nödvändigt? Om det är något bra?* En chef på en öppenvårdsmottagning bekräftar att det finns en skepticism mot dessa träffar och funderingar om vad de egentligen ska vara bra för. Att det tar onödig tid som istället skulle spenderas med patienter/brukare.

Både de från kommunen och öppenvården ger åtskilliga konkreta exempel på varför de möten de har med varandra underlättar deras arbete. Ett exempel är när en brukares tillstånd förändras. En boendestödjare beskriver detta:

Det är ju typ att man kan diskutera en medicin. Kan den här medicinen påverka den här brukaren så att den gör si och så? Ska vi sitta och slå i Fass och tänka ut det själva. De är ju ändå experter på det och vet inte de så tar de reda på det och återkommer. Så den kontakten är superviktig.

En sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning motiverar de täta kontakterna med kommunen med att vården blir bättre och att det även minskar belastningen på öppenvården. De får större kännedom om patienten/brukaren och om behandlingen fungerar.

Alltså de (boendestödjarna) ser om den (patienten/brukaren) till exempel sover tre timmar mindre per natt eller nu börjar den bli manisk. Då kan vi komma in och sätta in resurser snabbt. Hade vi inte haft den här kommunikationen då hade man lätt kunnat missa det här.

Om de som arbetar närmast patienten/brukaren träffas och lär känna varandra och förmår utveckla goda relationer bidrar det också till god vård, enligt några av de intervjuade. En intervjuperson beskriver det som att patienten/brukaren då upplever att hen blir mer uppmärksam och det blir ett äkta mellanmänniskt möte.

Alltså det jag läst forskning om vad patienter upplever vara god vård, så är det ju hela tiden patienter som upplever sig ha blivit sedda och lyssnade på och där behandlaren har tagit sig tid och det upplevs som genuint och äkta. De har inte brytt sig om vad man har för profession eller utbildning utan man upplever faktiskt ett äkta mellanmänniskt möte. Och det är det jag tror, att när vi lyckas i samverkan då är det när hela nätverket kan få en god mellanmännisk kommunikation. Då blir det svårt om någon ska sitta och strida för någon lag eller regel.

Att bra vård förutsätter att man att träffas regelbundet är något som betonas av flera. En sjuksköterska från kommunen uttrycker ett behov av att träffas, inte bara när problemet är akut utan för att göra en mer långsiktig planering och *diskutera patienterna på ett djupare plan*, som en sjuksköterska från en kommun uttrycker det. Inte som nu då diskussionerna mest handlar om *att höja den sömnmedicinen eller sänka den tabletten*.

En annan sjuksköterska i kommunen betonar vikten av att bygga upp ett personligt nätverk kring patienterna/brukarna. Det skapar en trygghet.

Alltså det är ju ett egenintresse. Har jag en patient med en psykiatrisk problematik så får jag ju klart bättre behandlingsresultat om jag lyckas åstadkomma ett fungerande nätverk runtomkring. Om dom likasom vet vad dom ska göra på dagarna, om dom vet var pengarna kommer ifrån. Om dom vet vem som gör vad runtomkring dom så har jag ju en psykos som ligger och vilar istället för en som blommar.

En mentalskötare från en öppenvårdsmottagning betonar vikten av att samverka med kommunen och att det i förlängningen minskar belastning-

en på sjukvården, inte minst slutenvården. Då kan patienten/brukaren bo kvar hemma. Och det underlättar också för de som arbetar närmast patienten/brukaren i hemmet på längre sikt

Då har man dem hemma hela tiden. Det innebär ju bättre kvalitet. För att komma in och komma tillbaka hem igen, det tar lång tid innan man kommer in i det vardagliga hemma.

Ett annat motiv till att träffas och lära känna varandra är att skapa förutsättningar för en samsyn som ligger till grund för en mer integrerad arbetspraktik, trots att aktörer från olika huvudmän initialt kan ha olika syn på förhållningssätt till patienter. En sjuksköterska från kommunen beskriver möten där öppenvården och kommunens biståndsenhet till en början inte varit överens om bemötandet av en viss patient, men som efter diskussion i alla fall blivit ”hyfsat” överens.

Under sista mötet var det en diskussion där det uppstod lite motsättning kring en patient där bistånd hade en syn på patienten och öppenvården en annan syn. Om man dra det kort så tyckte öppenvården att patienten var oerhört manipulativ och suicidhotande, och tyckte därför att man skulle vara mer gränsättande. Bistånd köpte väl inte det riktigt utan tyckte väl att man skulle vara mer tillmötesgående. Vi diskuterade det hela och vi blev väl hyfsat överens.

Vikten av samverkan för att skapa vårdformer som utmärks av samsyn betonas av flera respondenter. En sådan vårdform befinner sig dock långt ifrån den nuvarande åtgärdsinriktade vården menar en sjuksköterska i kommunen. Att gå från den nuvarande åtgärdsinriktade vården till den där man möts och där patienten/brukaren är delaktig och i centrum beskrivs som en process som tar tid.

Demokrati och samverkan det är sådana där begrepp som tar tid, det är som konsensus. Det tar mycket längre tid att uppnå konsensus än att uppnå åtgärd A, B, C, D. Hon gör sitt, jag gör mitt, han gör sitt pang nu kör vi. Det går mycket fortare än att vi samverkar och sätter oss kring bordet och tydliggör det här och att patienten får äganderätten till det. Det är en process som tar tid som kräver insatser, alltså det kräver klargöranden.

Sammanfattningsvis

Att samverka handlar om att på ett eller ett sätt förhålla sig till gränser. När det gäller gränstytorna mellan kommunen och regionen är dessa ofta kopplade till begrepp och därmed blir det avhängigt hur dessa definieras. När det gäller funktionshinder handlar det om att definiera vad som är bas- respektive specialistkompetens. Det handlar om att definiera vad som är att betrakta som gravare funktionshinder som då hör till habiliteringen eller enklare funktionshinder som kommun och vårdcentral ska ombesörja. Även inom psykiatri handlar gränsdragningarna om begrepp som måste definieras. När kan patienten/brukaren definieras som att befinna sig i sitt habitualtillstånd eller när kan hen betraktas som medicinskt färdigbehandlad blir då knäckfrågor. I det här sammanhanget framkommer av intervjuerna en maktasymmetri eftersom när det ställs på sin spets är förbehållet sjukvården och läkaren att definiera dessa begrepp som utgör gränstytorna.

Tillfällen då samverkan ställs på sin spets är i samband med in- och utskrivningar. Vårdplaneringen är då ett forum då de som arbetar närmast patienten/brukaren möts. Men det handlar även om en bedömning huruvida det är rimligt att ha en vårdplanering, något som man från kommunen respektive slutenvården inte är enig om.

Några av de intervjuade argumenterar för vikten av att göra gränsdragningen tydlig mellan kommunens respektive regionens ansvar. Ett motiv till det är att man måste veta när man överskrider gränserna. Andra intervjupersoner menar att det är just ständiga diskussioner om gränsdragningar som undergräver förutsättningarna för att ge en god vård och omsorg. Istället handlar det om att sätta patienten/brukaren i centrum och arbeta mer gränsöverskridande. Av intervjuerna framkommer även att samverkan utmanas när det gäller vissa patientgrupper, t.ex. de med en otydlig diagnos. En annan grupp som ofta kommer upp är de med missbruk och psykisk ohälsa. Här är ansvaret delat eftersom det förra är sjukvårdens och det senare är kommunens ansvar. Då blir också gränsdragningarna svårare att hävda.

Vid flera intervjuer anges en prislapp på vad olika insatser kostar. Det vittnar om ett kostnadsmedvetande vilket inte är så märkligt eftersom de

flesta beskriver ständiga besparingskrav i den egna verksamheten. Detta anges även som något som försvårar samverkan eftersom man då blir mer benägen att bolla över ansvaret på grund av oron över vad den egna organisationen kan hållbarhets.

Flera intervjupersoner betonar vikten av arbetsro och kontinuitet för att samverka. Då hänvisar man framförallt till ständiga omorganisationer och nya projekt. Ofta, menar man då, tas det inte fasta på vad som faktiskt fungerat tidigare. De betonar också vikten av att om Närvårdssamverkan ska bidra till en bättre vård och omsorg för patienten/brukaren är det viktigt att den utvecklas underifrån och tar fasta på de problem som de stöter på i de operativa verksamheterna. Att utveckla rutiner kan vara bra, om de formas utifrån vardagens problem. Men att skapa enhetliga rutiner som ska gälla hela regionen bedömer de som svårt eftersom villkoren ser olika ut i olika kommuner och på olika öppenvårdsmottagningar. Rutinerna blir då för abstrakta och svåra att omsätta i det enskilda fallet. Flera betonar även att psykiatri och funktionshinder är två brukargrupper som gör det svårt att arbeta utifrån generella rutiner eftersom, som de beskriver det, varje fall ofta är så speciellt. Istället förordas en samverkan som tar fasta på de problem som de möter som arbetar i de operativa verksamheterna. En samverkan som mer byggs upp underifrån. Snarare än en formaliserad samverkan förordas en som bygger på personliga relationer och där personalen ges möjlighet att diskutera den enskilde patienten/brukaren. Att lära känna varandra och öka förståelsen för varandras arbetssätt beskrivs då som en förutsättning. Det gagnar patienten/brukaren genom bättre vård och omsorg, och de riskerar då inte heller falla mellan stolarna.

En utmaning när det gäller att skapa en förståelse för varandra handlar om att sjukvårdens respektive kommunens arbete vilar på olika kunskapsstraditioner. Kommunens beteende- och samhällsvetenskapliga kunskapsstradition som är mer resonerande blir då svår att hävda i förhållande till sjukvårdens som grundar sig i naturvetenskap. En intervjuperson från kommunen beskriver det som att sjukvården tar fasta på en diagnos medan de från kommunen måste beakta patientens hela livssituation. Den här asymmetrin motiverar såväl formella som informella möten för att öka förståelsen för varandra.

GEMENSAM AVSLUTANDE DISKUSSION

I den avslutande diskussionen för vi samman resultaten från de tre delstudierna och lyfter även fram de mest framträdande resultaten i var och en av studierna. Diskussionen har tonvikten på vad som framträder som möjliga och relevanta förbättringsområden för det fortsatta arbetet med Närvårdssamverkan.

Förväntningar och förutsättningar för Närvårdssamverkan

Utvärderingen av Närvårdssamverkan visar att det redan från början fanns höga förväntningar på vad Närvårdssamverkan skulle kunna åstadkomma och det andra tillfället som enkätstudien genomfördes visar på fortsatt höga förväntningar. Samtidigt upplever nästan samtliga respondenter att den egna verksamheten både är motiverad och har behov av att arbeta med frågor som rör vårdssamverkan. Vi kan också notera att det är en något större andel som anser att ledningen prioriterar Närvårdssamverkan jämfört med dem som inte anser detta. Dessa aspekter tillsammans förefaller utgöra bra grund för att utveckla vårdssamverkan mellan region och kommun. De blir inte minst viktiga utgångspunkter och förutsättningar när implementeringen av närvårdssamverkan sker.

De svårigheter som möter försök att implementera olika reformer för att åstadkomma bättre insatser för brukare och olika målgrupper identifierades redan tidigt inom implementeringsforskningen (Pressmans och Wildavsky, 1973). En av de stora utmaningarna är att överskrida de organisatoriska förvaltningsgränserna i form av att fördela ansvar och beslutsfattande när en implementeringsstruktur inrättas för att utveckla verksamheten (Hjern & Porter, 1981). Frågan är om Närvårdssamverkan når fram dit, det vill säga överskrids de organisatoriska gränserna. De aktiviteter som präglar Närvårdssamverkan är i hög grad olika former av möten där chefer, verksamhetsutvecklare och professionsföreträdare träffas. Mötenas syfte är att antingen försöka finna former för att styra den ordinarie verksamheten mot en ökad samverkan, eller i alla fall koordinering, eller identifiera möjligheter att utveckla den ordinarie verksamheten för vårdtagare och medborgare. I det avseendet pågår aktiviteter inom Närvårdssamverkan, det vill

säga den organisation som samlas under den benämningen. Utvärderingens resultat tyder dock på att den har uppenbara svårigheter att nå ut i huvudmännens ordinarie verksamheter. Detta kan vara ett uttryck för det fenomen som inom institutionell teori betecknas som särkopplade (decoupling), det vill säga att de formella beslut som tas i Närvårdssamverkan inte förmår att nå ut och påverka den operativa arbetspraktiken.

Undersökningstillfället 2013, om det jämförs med 2012, visar inte på några avgörande skillnader i enkätstudien. Detta med undantag av att det är fler som känner till Närvårdssamverkan i 2013 års undersökning. I vilken utsträckning detta resultat är generaliserbart till chefer och medarbetare i allmänhet är dock något osäkert. Att allt fler känner till Närvårdssamverkan i uppföljningsstudien kan till viss del vara en undersöknings-effekt eftersom uppföljningsstudien endast gick ut till de respondenter som besvarat enkäten vid första undersökningstillfället. Merparten, av dem som hört talas Närvårdssamverkan, hade dock låg kännedom om ledningsstrukturen. När det gäller intervjustudien kan vi konstatera att det bara var ett fåtal av de intervjuade som kände till Närvårdssamverkan. Däremot var samverkan mellan kommunen och sjukvården högst påtaglig i deras dagliga arbete.

Av dem som hade kunskap om Närvårdssamverkan i enkätstudien så kan vi också notera att dessa respondenter generellt tenderade att ha en mer negativ uppfattning om det omorganiserats för att underlätta för Närvårdssamverkan. Det är viktigt att poängtera sistnämnda resultat eftersom respondenterna tenderade att tycka att det behöver omorganiseras för att underlätta för Närvårdssamverkan. I intervjustudien ser vi ett resultat som går i en annan riktning. På frågan vad som behövs för att utveckla samverkan mellan de i kommun och region som arbetar närmast patient/brukaren löd svaret ofta; *inga omorganisationer eller nya projekt*. Istället efterfrågades kontinuitet och arbetsro. Ett sätt att förstå de motstridiga resultaten mellan intervju- och enkätstudien är att de omorganisationer som efterfrågas i den senare förväntas underlätta för Närvårdssamverkan, medan de omorganisationer som de intervjuade hänvisar till snarare bidrar till att samverkan försvåras genom att personer byts ut och det blir svårare att orientera sig i de nya konstellationer där samverkan förväntas ske.

Avseende resurser så indikerar både enkät- och intervjustudien att resurserna i många fall är otillräckliga för att utveckla samverkan. På påståendet om det finns tillräckligt med resurser för att arbeta med Närvårdssamverkan svara endast 12 procent i enkätstudien att detta stämmer bra. Detta ligger i linje med intervjustudiens resultat där det framkommer att samverkan utmanas när det blir tal om pengar och vem som ska stå för kostnaderna för att vidareutveckla gemensamma insatser. Denna tendens ska ses i ljuset av de knappa resurser och sparbetning som flera i intervjustudien vittnar om. Detta i kombination med de senaste decenniernas ambitioner att göra lokala välfärdsenheter till mer regelrätta organisationer med tydliga gränser i förhållande till sin omgivning, där kostnader och tillgångar definieras som interna eller externa (Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000:725). Sammantaget kan detta bidra till att huvudmännens uppdrag tydliggörs och snävas in, något som i sin tur kan bidra till att patienter ramlar mellan stolarna och ”bollas” mellan olika verksamheter, tendenser som intervjustudien vittnar om. De intervjuade pekar i detta sammanhang även på ekonomisystem som inte belönar relationer och samverkan. Dessa system förefaller kontrollera det dagliga arbetet såväl strukturellt genom regler för resursallokering som ideologiskt genom anställdas höga kostnadsmedvetenhet. Detta skulle kunna tas som intäkt för kolonialiseringsstenen; att styrpraktiker är svåra att värja sig emot om de kopplas till ekonomiska mått som integreras i det dagliga arbetets struktur (Hasselblad et. al., 2008).

Både resultatet från enkät- och intervjustudien indikerar att även bristande kunskap om andra aktörer kan utgöra ett hinder för samverkan, ett resultat som ligger i linje med tidigare forskning (Lindberg, 2002). Respondenterna i intervjustudien menar av denna anledning att det är viktigt att träffas och lära känna varandra i möten som är verksamhets- och professionsöverskridande. Man pekar på att fysisk närhet i kombination med ett mindre antal personer att samverka med – egenskaper som är utmärkande för mindre kommuner – gör det lättare att utveckla personliga relationer vilket skapar goda förutsättningar för ömsesidig förståelse av verksamheter inom kommun och öppenvård. I detta sammanhang tas problemet med diagnosindeldad organisering av psykiatrin upp, på så sätt att det nödvän-

diggör fler sociala kontakter jämfört med en geografisk organisering av verksamheten. En sådan organisering kan försvåra möjligheten att utveckla personliga relationer.

Gränser och samverkan

Interorganisatorisk samverkan handlar om att förhålla sig till institutionaliserade professions- och verksamhetsrelaterade gränser (Löfström, 2010). I föreliggande utvärdering handlar det mer specifikt om att förhålla sig till var gränser går mellan regionens respektive kommunen ansvar, men också var gränsen går mellan olika regionverksamheter.

Utvärderingens resultat visar på variationer i hur de intervjuade uppper att de förhåller sig till dessa gränser i den operativa verksamheten. En del respondenter lyfter här behovet av att samverka för att tydliggöra arbets- och ansvarsfördelningar mellan verksamheter och professioner. Här understryks vikten att veta var gränserna går och ha förståelse för respektive huvudmans uppdrag vilket åskådliggörs av fält 4 i tabell 22 nedan. Vissa beskriver också tydliggörandet av gränser som en förutsättning för att man ska kunna hjälpas åt och se att ansvaret till syvende och sist är gemensamt. Detta innebär att *tydliggörande av gränser* (fält 4) också skulle kunna ses som en förutsättning för det som beskrivs som *överskridande av gränser* i (fält 6) tabell 22 nedan. Det finns även exempel på att det finns gränsdiskussioner som försvårar upprättandet av gränser genom samverkan, vilket kan ha sin orsak i olika lagar och förordningar, olika organisationsskulturer och bristande kommunikation (Lindberg, 2009). Då finns det en risk att man istället skjuter över ansvaret på de andra aktörerna utan att sätta patientens väl i fokus. Gränser associeras här med negativa saker såsom revirtänkande, patienter som ramlar mellan stolarna och brist på samsyn i behandling av och förhållningssätt till brukare/patient. Risken för ett sådant scenario är stor om organisationer som samarbetar kring patienter börjar konstruera gränser på egen hand, utan samverkan, där man enbart förlitar sig på samordning genom överförings- och samordningssystem. Detta åskådliggörs av fält 2 i tabellen nedan.

Tabell 22: Gränser och samverkan på formell och operativ nivå.

	Gränsdragning utan samverkan	Gränsdragning genom samverkan	Överskridande av gränser genom samverkan
Formell nivå	1. Organisationer konstruerar formella gränser utan samverkan, t.ex. i form av uppdrag och ansvarsområden. Eventuell samordning genom formellt överförings- och samordningssystem.	3. Samverkan för att konstruera formella organisatoriska gränser, t.ex. i form av uppdrag eller ansvarsområden.	5. Samverkan för att överskrida formella organisatoriska gränser, t.ex. i form av en gemensam policy avseende förhållningssätt till patienter/brukare.
Operativ nivå	2. Organisationer översätter formella eller konstruerar informella organisatoriska gränser utan samverkan inom ramen för en arbetspraktik. Eventuell samordning genom tillämpning av överförings- och samordningssystem	4. Samverkan för att översätta formella eller konstruera informella organisatoriska gränser kopplade till en materiell arbetspraktik, t.ex. i form av uppdrag och arbetsområden.	6. Samverkan för att överskrida organisatoriska gränser i en materiell arbetspraktik, t.ex. genom att översätta en gemensam formell policy eller konstruera ett gemensamt informellt förhållningssätt till patienter/brukare.

Intervjustudiens resultat visar att det finns ett antal tillfällen när samverkan utmanas, vilket framför allt gäller in- och utskrivning av patienter inom slutenvården. Frågor som väcks i samband med att patienten/brukaren skrivs in och senare lämnar slutenvården är hur dålig patienten ska vara för att läget ska bedömas som akut och senare i vilket skede patienten/brukaren ska betraktas som färdigbehandlad. Kommunen och öppenvården förespråkar här att det borde vara lättare att få patienter/brukare inskrivna och att inläggningstiderna borde vara längre. Från kommunen och öppenvården förväntar man sig också utskrivning ska föregås av vårdplanering vilket inte alltid sker. Intervjustudien pekar också på att där finns patienter/brukare som det är svårare att samverka om. Det gäller framförallt de som har en otydlig diagnos och de som har en problematik som innebär att ansvaret är delat. En sådan grupp som då kommer upp är framförallt missbrukare med psykisk ohälsa.

Den andra aspekten på gränsdragningsproblematiken för ledningsstrukturen finns där, men är inte lika tydlig och lika avgränsad till det som

sker inom Närvårdssamverkan, visar intervjuerna. Den behandlar gränsdragningen mellan den ordinarie verksamheten och Närvårdssamverkan som organisation. När den behandlas på en del möten tar den sig uttryck i diskussioner om vilken verksamhet som kan göra olika insatser och när. Vid de tillfällena blir det tydligt hur de olika aktörerna förtydligar eller konstruerar gränser sinsemellan. Samtidigt finns det tillfällen då detta inte blir tydligt, men där representanterna indirekt sätter gränser för sin insats. Ett exempel är diskussionen om öppettider vid längre helger som i hög grad görs till en fråga om när någon öppnar och stänger, men som i grunden handlar om vem som ska göra vad. Respondenterna uttrycker tydligt på samma gång att gränsdragningsproblematiken inte begränsas till det som sker inom Närvårdssamverkans beslutsfattande. Det pågår kontinuerligt kontakt mellan olika verksamhetsföreträdare för att finna former för samverkan när behovet uppstår. Detta anknyter företrädesvis till fält 3 i tabell 22.

Om vi kopplar intervjuerna med den operativa personalen till tabell 22 kan vi se att flera av intervjupersonerna gav uttryck för betydelsen av att göra gränsdragningarna tydliga. Några hävdade till och med att om gränsdragningarna var tydliga och alla gjorde det de skulle behövdes egentligen ingen samverkan. De menade att det då räckte med ett remissförfarande eller annan informationsöverföring vilket ligger i linje med fält två. Flera intervjupersoners resonemang om behovet att göra gränserna tydliga kan dock relateras till fält 4 i tabell 22. De efterfrågade formella och informella möten där det ges möjlighet att diskutera sig fram till gränsdragningar i arbetet med den enskilde patienten/brukaren. Andra intervjupersoner argumenterade för att det är just diskussionerna om gränsdragningar som gör att förutsättningarna för en god vård och omsorg där patienten/brukaren är i centrum ödeläggs. Detta motiverades med att dessa diskussioner ofta mynnade ut i att var och en försöker bolla över ansvar. Det vi kan konstatera är att flera beskriver överskridandet av gränser som det ideala om man ska uppnå det som i styrdokumentet beskrivs som en obruten vårdkedja men att organisatoriska strukturer och, inte minst, ekonomiska villkor där var och en har ett eget kostnadsansvar och samtidigt utsätts för besparingar försvårar detta. Därmed framstår fält 6 i tabell 22 som eftersträvansvärt, men som under rådande villkor är svårt att uppnå.

Samverkan inom den offentliga sektorn kan ses som möten mellan olika institutionella roller med varierande logiker och normer som till stor del bestäms av lagstiftning och professionell standarder (Lindberg 2002). Detta skapar olikheter i perspektiv, arbetssätt och rutiner något som kan berika arbetet under förutsättning att man kan respektera och acceptera varandras kompetens. Studiens resultat visar dock på svårigheter i detta avseende. I intervjuerna talas det till exempel om att skilda verksamhetsföreträdare och professioner har ”olika glasögon”. När medarbetare och chefer från sjukvård och kommun möts konfronteras samtidigt två kunskapstraditioner. Några intervjupersoner från kommunen beskriver det som att de då har svårt att hävda sig i förhållande till framförallt läkarna. Själva för de in en kunskap som vilar på beteende- och samhällsvetenskaplig grund där de resonerar i termer av å ena sida och andra sidan. Från sjukvården, med läkaren i spetsen, utgår man från en kunskapstradition som vilar på naturvetenskapliga ideal. En handläggare beskriver det som att denna kunskapstradition framstår som mer tvärsäker och att där finns rätt och fel. En annan intervjuperson från kommunen beskriver det som att sjukvården enbart tar fasta på en diagnos medan de från kommunen måste beakta patientens/brukarens hela livssituation.

Dessa skillnader mellan kommun och region är möjligen tillspetsade och förenklade. Men upplevelsen, som några från kommunerna ger uttryck för, är trots allt att de befinner sig i en asymmetrisk relation där de är i underläge. Intervjuerna med den operativa personalen belyser att det finns försvårande omständigheter i samverkanssammanhang, som bland annat handlar om att professioner och institutioner har olika befogenheter, prestige, förmåga, det vill säga olika auktoritet som kan utövas i dessa sammanhang (Beckman, 1989). Här ska tilläggas att inom sjukvården finns en stark profession som kommunen saknar, nämligen läkarna, som dessutom har tolkningsföreträde av en rad begrepp som utgör gränsdragningen mellan kommunens och regionens arbete. Det är till exempel läkaren som definierar när tillståndet för en patient/brukare är *akut*, vilket berättigar till inskrivning i slutenvården. Det samma gäller definitionen av begreppen *medicinskt färdigbehandlad* eller *habitualtillstånd* som avgör när patienten/brukaren är redo att skrivas ut från slutenvården eller när behandlingen är tillräcklig eller inte når längre. Resultatet visar att olika

huvudmän ibland definierar dessa begrepp på olika sätt. För att komma överens om en gemensam tolkning av dessa begrepp på operativ nivå krävs samverkan, något som åskådliggörs av fält 4 i tabell 22.

Kommunens boendestödjare och habiliteringsassistenter är de yrkesgrupper som har allra svårast att hävda sin kunskap gentemot den medicinska professionen. Trots att de erhåller en förståelse för patientens/brukarens livssituation genom de, ofta dagliga, mötena med patienten/brukaren i vardagen är det inte det som efterfrågas under till exempel en vårdplanering. Det är också ytterst sällan som de medverkar överhuvudtaget. På en öppenvårdsmottagning lyfter man dock fram värdet av att träffa boendestödjarna regelbundet eftersom de, genom sin täta kontakt med patienten/brukaren, uppmärksammar plötsliga försämringar. Det gör att de från öppenvården kan sätta in behandlande åtgärder i ett tidigt skede. Detta, menar de, bidrar i förlängningen även till att inskrivning till slutenvården kan undvikas.

Börja underifrån

De allra flesta betonar ledningens viktiga roll men argumenterar samtidigt för att samverkan måste ta fasta på de villkor som präglar det konkreta arbetet med patienten/brukaren. *Samverkan måste byggas underifrån* som en intervjuperson uttryckte det. Därför efterfrågar de som arbetar i de operativa verksamheterna fler möten mellan kommun och region. Dels för att lära känna varandra och få förståelse för varandras verksamheter och dels för att få möjlighet att diskutera patientens/brukarens vård och omsorg mer djupgående och långsiktigt.

Här beskriver några generella rutiner som något som snarare försvårar än underlättar samverkan. Svårigheten att tillämpa dessa motiveras bland annat med att de aktuella målgrupperna, personer med psykisk ohälsa och funktionshinder, ofta har så specifika behov som måste bedömas från fall till fall. Det här ligger i linje med det resonemang som Lipsky (1980) för om gräsrotsbyråkraterna. De som arbetar i inom human- och serviceorganisationer befinner sig i en praktik som är oförutsägbar vilket gör att verksamheten inte lika lätt låter sig styras genom policys, mål och rutiner som sedan ska följas och uppfyllas i den operativa verksamheten. Dessa

grundar sig inte heller alltid i de problem som de som arbetar operativt möter i sin vardag.

Den operativa verksamheten anser att det är för mycket fokus på formella och övergripande strukturer och rutiner som inte uppfattas som ett stöd i det dagliga arbetet. I den operativa verksamheten uppfattas generella riktlinjer för samverkan som alltför abstrakta. Här efterfrågas framför allt forum att diskutera enskilda patient-/brukarfall. Under intervjuerna med de som arbetar i de operativa verksamheterna framkommer även en viss skepticism mot sådant som ”droppar ner uppifrån” företrädesvis via mailen. I enkätresultatet framkommer också att många tycker att beslut fattas för långt från den egna verksamheten. Om Närvårdssamverkan ska kunna etableras i arbetet närmast brukaren måste, enligt flera av de som intervjuats i de operativa verksamheterna, de beslut som fattas ta avstamp i det arbetet så att deras problem och möjligheter beaktas. Respondenterna efterfrågar således att närvårdssamverkan, i större utsträckning än vad som är fallet i dag, tillämpar en nerifrån-och-upp-perspektiv i sina ambitioner med att förbättra samverkan mellan region och kommun.

Av studien av ledningsstrukturen framkommer även att där finns en oklarhet bland olika företrädare i ledningsstrukturen om hur de olika grupperingarna som styrgrupp, utvecklingsråd, ledningsgrupper etc hänger samman och på vilket sätt arbetet ska generera en samverkan ute i närvårdsområdena. En utmaning som det finns anledning att lyfta fram är därför kopplingen mellan den ledningsstruktur som utvecklas och det som sker i arbetet närmast patienten/brukaren. En annan fråga som kan väckas är vilka möjligheter som finns att ta fasta på de problem som i dag försvårar samverkan mellan de som arbetar närmast patienten/brukaren inom kommun respektive sjukvård.

Mötesdramaturgin i samverkan

Samverkan kräver någon form av möte. Vi har i utvärderingen exempel på möten i ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan, men även möten i verksamheten mellan professioner eller mellan andra verksamhetsföreträdare. Samverkan kan även innebära ett gränsöverskridande och det innebär behov av ökad kommunikation mellan chefer, andra verksam-

hetsföreträdare, professioner, handläggare med flera för att olika föreställningar ska kunna närma sig varandra. Detta sker ofta, men inte enbart, genom olika möten. Hur möten kan eller ska utformas är inte givet utan är beroende på vad som är syftet med mötet och med den organisering som mötet är en del av. Det är därför möjligt att dela in förutsättningarna för mötet i tre delar, mötets infrastruktur – med vilka förutsättningar och i vilket sammanhang sker mötet, mötets organisering – i vilka former sker mötet och mötet som kommunikation mellan aktörer.

Mötenas infrastruktur har sin bakgrund i att Närvårdssamverkan bygger på en avtalad överenskommelse mellan huvudmännen och deras organisationer om att gå in i en samverkan. Alla de möten som sker i Närvårdssamverkan, oavsett om det är det politiska samrådet, styrgruppen, ledningsgrupperna eller utvecklingsråd sker de med ett syfte att medverka till att det sker en ökad samverkan mellan huvudmännens organisationer till gagn för målgrupperna. För att ge förutsättningar för den verksamheten har det tagits fram styrdokument som anger såväl inriktning som former för hur dessa möten ska genomföras. Det innebär inte att det finns föreskrivet exakt hur mötet ska gå till, men i styrdokumentet går det utläsa en viss förväntan på att mötena ska ske i en formell struktur.

Mötenas organisering har således skett utifrån den förväntan på mer formaliserade möten som går att utläsa i styrdokumentet. Ett flertal övervägande behöver ske när möten organiseras som till exempel antal, syfte, tid, inbjudna, men även hur de ska förberedas, genomföras och följas upp. Utvärderingen har redogjort för de mest framträdande gruppernas mötesstruktur där det från början i styrdokumentet är klargjort en minsta omfattning och vilka som ska närvara. Det är dock inte explicit uttalat, men i den institutionaliserade mötesformen förväntas en ordning där det förs beslutsprotokoll. Det finns även exempel på att man använder sig av minnesanteckningar, vilket uppfattas som en lägre grad av formalisering.

Med utgångspunkten i mötets infrastruktur och organisering så föreligger syftet att företrädare för verksamheten ska mötas kring behovet av att samverka kring olika frågor som gynnar målgrupperna. Dessa möten är organiserade utifrån de premisser som givits ovan, men syftar till att få till någon form av informations- och kunskapsutbyte mellan dem som med-

verkar i mötet. Om syftet är att diskutera olika förutsättningar, problem och möjliga lösningar behövs det även en dialog, det vill säga kommunikation mellan dem som träffas i mötet. Att det sker ett möte är en grundläggande egenskap som Habermas (1984) beskriver för att de ska uppstå någon kommunikation. Om möten reduceras till beslutsmöten krävs ändå möjligheten att föra samtal mellan aktörerna. Samtal förutsätter en tillit och tilltro till de man samtalar med. Ett förtroende helt enkelt för varandra.

Inledningsvis fanns tydliga förväntningar på Närvårdssamverkan såväl bland chefer som bland medarbetare. Det fanns också en tveksamhet bland de ledamöter som satt med i olika ledningsgrupper om det fanns möjlighet att få till ett möte för att diskutera och planera samverkan. Uppfattningen var att mötenas organisering inte medverkade till att utveckla ett förtroende för samtal eftersom de gav väldigt lite utrymme för det. Det invercade samtidigt på att utveckla förtroende att mötenas frekvens var så begränsad. Under de första åren har trots det förtroendet byggts upp mellan ledamöterna. Det har framför allt varit ett resultat av att man har träffats, diskuterat och efterhand lärt känna varandra mer. Den formella mötesformen har dock givit ett utrymme att mötas och utveckla ett samtal kring centrala frågor för Närvårdssamverkan. Det framkommer dock av intervjuerna att en del representanter anser att formen begränsat möjligheten att ta upp frågor som oväntat uppkommer. Däremot ger den formella mötesformen utrymme för att skapa en stabilitet och standardisering i hur möten genomförs samt en sammanställning över vilka beslut som har fattats. Standardisering av arbetet är en klassisk organiseringsprincip (Mintzberg, 1983), men främjar inte i första hand den professionella organisationen och även om den tilltalar den administrativa logiken är den mer anpassad till en traditionell produktionsindustri.

Den formella nivån i tabell 22 som gör en skillnad mellan gränsdragning med eller utan samverkan och gränsöverskridande genom samverkan ger en möjlighet att förstå nivån av samverkan eller hur långtgående samverkansformen är som huvudsakligen praktiseras inom ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan. De krav på organisering av Närvårdssamverkan som finns i inriktningsdokumenten tillsammans med den formella mötes-

ordning som praktiseras i den ordinarie verksamheten är centrala förutsättningar för hur mötena i Närvårdssamverkan kan genomföras. Det är med dessa förutsättningar som bland annat styrgruppens och ledningsgruppernas arbete har utformats. Utifrån de förutsättningarna och med den formella logiken har former för möten utvecklats som förenar kravet på transparens (dokumentation) och förutsägbarhet (standardisering). Ledningslogikens behov av olika styrformer som målstyrning, verksamhetsplanering och uppföljning har nyttjats av styrgrupp och ledningsgrupper som centrala inslag vid dessa möten. Dessa verktyg har således fått ett tydligt spelrum i syftet att leda verksamheten. I de möten som styrgruppen genomför sker således en övergripande planering och uppföljning för Närvårdssamverkan. Det finns en tendens att dessa möten i större utsträckning hanterar behovet av att styra verksamheten än att verksamhetens behov och problem förs in i samtalet. I ledningsgrupperna sker en lokal anpassning av de frågeställningar som styrgruppen beslutar om. Vid dessa möten behandlas verksamhetens behov och problem i högre grad, men det balanseras mot behovet att genomföra formaliserade möten. Exempel på det är när behovet att diskutera vissa frågor förhindras av att den standardiserade tematiseringen.

Är nätverksstyrning ett alternativ?

Organisering och styrning av Närvårdssamverkan kan ske med utgångspunkt i olika modeller. De former för organisering och styrning av de offentliga organisationerna och dess verksamhet är grundad i den byråkratiska förvaltningsmodellen som traditionellt utgår från hierarkisk styrning, vilket bygger på att man utvecklar rutiner för ledning och genomförande (Powell, 1990). Den har visat sig ha ett värde när förutsättningarna är förutsägbara och det finns vedertagna rutiner för beslutsfattande samt för implementering av beslut. I Närvårdssamverkan har skapats en organisation som utgår från samma principer, vilket kan verka rimligt när de aktörer som medverkar i sina ordinarie organisationer har en ledningsstruktur som utgår från den byråkratiska förvaltningsmodellen. Det finns dock forskning som tyder på att de verksamheter som finns i de så kallade människovårdande organisationerna (Hasenfeld, 1983) som modellen har att

förvalta och leda inte är lika förutsägbara (Lipsky, 1980). Trots det har denna logik att leda välfärdsorganisationer vunnit gehör och förstärkts genom införandet av New Public Management (NPM) som medfört krav på en tydlig styrning av de offentliga resurserna och att de nyttjas på ett effektivt sätt (Hood, 1995).

Upprinnelsen till att Närvårdssamverkan har utvecklat den form för ledning som föreligger står att finna i uppdragsbeskrivningen. Ledningsstrukturen har haft krav på så sig att uppfylla den hierarkiska styrningen därom vittnar inriktningsdokument och uppdragsdokument. I dessa dokument framgår att det är härifrån styrning av Närvårdssamverkan utgår och det är sanktionerat av respektive huvudmans politiska företrädare. Det har således varit bestämt från början vilken styrmodell som ska användas. Den enda rimliga förklaringen till att modellen med hierarkisk styrning valdes är att den används idag hos de samverkande aktörerna.

Konsekvensen med den valda modellen är att ledningsstrukturen utvecklas med att framförallt säkerställa att det finns tydliga mål, handlingsplaner, beslutsvägar etc. Något som få förvänas över utan snarare finner förnuftigt. Låt vara att denna form har visat sig fungera för ledningarna i den ordinarie verksamheten och det finns en väl utvecklad kompetens att leda verksamheten på detta sätt.

Problemet är att ledningen för Närvårdssamverkan fäster sin huvudsakliga uppmärksamhet på de olika komponenter som behövs för att få till den hierarkiska styrmodellen. I och med att det är ny organisation där representanterna kommer från olika organisationer innebär det en relativt stor arbetsinsats att få till formerna för att modellen ska fungera. Det har förmodligen begränsad betydelse att de chefer som medverkar i de olika ledningsforumen sedan tidigare har utvecklat en förmåga att leda verksamheten på detta sätt. Det krävs ändå en gedigen arbetsinsats och ett engagemang för att ledningsstrukturen ska finna sina former. Detta vore inte ett problem om det lämpligaste sättet att leda Närvårdssamverkan står att finna i den hierarkiska styrmodellen. Det är dock inte självklart att denna styrform är lämpligast. Svårigheten att få betydelse i den ordinarie verksamheten och att driva på utvecklingsfrågorna för de aktuella målgrupperna kan tyda på det.

Ett alternativ att leda verksamheten eller i alla fall ett komplement utifrån rådande uppdrag för ledningen vore att närma sig former av nätverksstyrning (Hertting, 2003). Varför detta kan vara en alternativ styrform är att den organisation som Närvårdssamverkan utgör är förvillande lik ett nätverk, eller kanske ett metanätverk där det handlar om att organisera aktörer som kommer samman i ett speciellt syfte. Nätverket grundas i att det utvecklas relationer, det vill säga att det sker en kommunikation mellan aktörerna. Dessa relationer grundas i att det finns ömsesidiga fördelar att delta i nätverket och att aktörerna har ett beroende av varandra (Powell, 1990). Styrningen av nätverk eller nätverksstyrning utgår från dessa premisser, men uppmärksammar inte i första hand hur frågor och aktörers tillträde till Närvårdssamverkan ska regleras utan utgår istället från vad man vill åstadkomma. Nätverksstyrningen tar istället fasta på berörda aktörers intressen och ger möjlighet till ett mer informellt tillträde. Vid nätverksstyrning är valet för varje aktör att samarbeta eller att avskärma sig för att handla på egen hand. Förutsättningen för att samarbete ska utvecklas är att varje aktör ges inflytande och att var och en för fram sina föreställningar och preferenser (Hertting, 2003). Detta är grunden för att kunna fokusera på problemlösning inom de aktuella områden och verksamheter som Närvårdssamverkan har att verka inom snarare än på att formalisera samarbetet.

Referenser

- Alvesson, M. (1991). *Kommunikation, makt och organisation*. Stockholm: Norstedts.
- Beckman, S. (1989). Professionerna och kampen om auktoritet. I Selander, S. (red). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2013). *Reframing Organizations: Artistry, Choice, and Leadership*. 5th edition. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brunsson, N. & Sahlin-Andersson, K. (2000). Constructing organizations: the example of public sector reform. *Organization Studies*. Vol. 21 No. 4, pp. 721–47.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American sociological review*, 48 (2), 147–160.
- Habermas, J. (1984). *The Theory of Communicative action*. Vol.1. London: Heinemann.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, N.J, Prentice Hall.
- Hasselbladh, H., Bejerot, E. & Gustafsson, R. Å. (2008). *Bortom New Public Management: institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.
- Hensing, G., Timpka, T. & Alexanderson, K. (1997). Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 6: 301–309.
- Hertting, N. (2003). *Samverkan på spel: rationalitet och frustration i nätverksstyrning och svensk stadsdelsförnyelse*. Stockholm: Égalité.
- Hill, M. & Hupe, P. (2005). *Implementing Public Policy: governance in theory and in practice*. London: Sage Publications.
- Hjern, B. & Porter, D. (1981). Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis. *Organization Studies*, 2 (3): 211–227.

- Hood, C. (1995). The 'New Public Management' in the 1980's: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*. Vol. 20. No. 2/3. pp. 93-109.
- Hultberg, E., Lönnroth, K. & Allebeck, P. (2002). Evaluation of the effect of co-financing on collaboration between health care, social services and social insurance in Sweden. *International Journal of Integrated Care* 2. 24 October.
- Johansson, S. (2013). Organisatorisk samverkan kring människor med sammansatta behov. I Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- John, P. (1998). *Analysing Public Policy*. London: Pinter.
- Lindberg, K. (2002). *Kopplandets kraft: om organisering mellan organisationer*. Göteborg: BAS.
- Lindqvist, R. (2000). *Att sätta gränser: organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Borea.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy*. New York: Russel Sage.
- Lonsbury, M. & Ventresca, M. (2003). The New Structuralism in Organizational Theory. *Organization*. 10 (3): 457–480.
- Löfström, M. (2001). Samverkan mellan offentliga organisationer – att konstruera gränser. *Kommunal ekonomi och politik*. Vol. 5/2 s 69–89.
- Löfström, M. (2010). Inter-organizational collaboration projects in the public sector: a balance between integration and demarcation. *International Journal of Health Planning and Management*. 25: 136–155.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *The American Journal of Sociology*. 83: 340–363.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Montin, S. & Hedlund, G. (2009). Governance som interaktiv samhällsstyrning – gammalt eller nytt i forskning och politik? I: G. Hed-

- lund & S. Montin (red.), *Governance på svenska*. Stockholm: Santérus Academic Press.
- Närvårdssamverkans inriktningsdokument 2010–2014.
- Powell, W. W. (1990). Neither Market nor Hierarchy: Network Forms of Organization. In B. M. Staw & L. L. Cummings (red), *Research in Organizational Behavior*. Vol. 12, pp. 295–336.
- Pressman, J. L. & Wildavsky, A. (1973). *Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California Press. US.
- Sannerstedt, A. (2001). Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken. I B. Rothstein (red). *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Stockholm: SNS Förlag.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (red.). (2007). *Theories of Democratic Network Governance*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Theanderson, C. (2010). 'De lever tills den dagen de dör'. *Vård i livets slut – en studie av första linjens chefer*. Rapport nr 1: 2010. Institutionen för pedagogik, Högskolan i Borås.
- Van Meter, D. & Van Horn, C. E. (1975). The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Administration and Society*, 6(4): 445–488.
- Uppdrag och Arbetsordning för Närvårdssamverkan, (2011).
- Åhgren, B. & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care* [serial online], Vol 5, 31 August.
- Åhgren, B. & Axelsson, R. (2007). Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*. 22: 145–157.
- Åhgren, B. & Axelsson, R. (2011). A decade of integration and collaboration: The development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International Journal of Integrated Care* [Serial online] Vol. 11, 9 March.

Bilaga 1. Urval och svarsfrekvens för delstudie B i 2012 års undersökning

Deltagare

Urvalsprocessen för den första webbenkätundersökningen 2012 skedde i flera steg. Steg 1 var att kartlägga var vårdssamverkan sker i större utsträckning¹⁴ inom det geografiska område som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg verkar¹⁵. Kartläggningen innebar ett omfattande arbete. Det innebar att ta reda på vilka sjukhusavdelningar som i högre utsträckning samverkade med kommunerna, att identifiera vilka vårdcentraler som verkade i det geografiska området och identifiera vilka förvaltningar kommunernas verksamhetsområden delades in. Steg 2 var att göra ett ungefärligt 40 procent urval av kartlagda verksamheter, som skulle ingå i undersökningen. Urval av avdelningar, mottagningar och verksamhetsområden skedde, med några få undantag, slumpmässigt genom lottning. Steg 3 var att identifiera professioner inom utvalda avdelningar, mottagningar och verksamhetsområden som skulle ingå i studien samt identifiera befintliga chefsnivåer. Ingående yrkesgrupper skilde sig åt mellan verksamheterna då MAS enbart förekommer inom kommun, läkare enbart finns inom regionen och att biståndshandläggare inte arbetar inom kommunens elevhälsa för att nämna några exempel. Enbart legitimerad personal valdes ut att ingå i undersökningen, varpå exempelvis vårdare, undersköterskor, läkarsekretärer och läkare under utbildning ej ingick. Exempel på chefsnivåer var enhetschefer, områdeschefer, avdelningschefer, verksamhetschefer, förvaltningschefer, habiliteringschefer, primärvårdschefer, sjukhusdirektörer och primärvårdsdirektör. Steg 4 var att kontakta chefer inom utvalda verksamheter för att få fram e-postadresser till utvald legitimerad personal samt till chefer.

Urval sjukhus

Inom det geografiska område som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg verkar finns två sjukhus. Dels är det Alingsås lasarett och dels Södra Älvs-

¹⁴ Matriser över kartläggningen och utvalda professioner återfinns under bilaga 2.

¹⁵ Fler verksamheter finns där vårdssamverkan sker, men som ej kom med i denna undersökning då de är mindre verksamheter eller privata aktörer som exempelvis privat sjukgymnastik med få anställda.

borgs Sjukhus (SÄS), där även Skene lasarett ingår. Vid tiden för kartläggningen hade Alingsås lasarett sex avdelningar där vårdsamverkan med kommuner skedde i större utsträckning samt palliativt team med smärtsektion och Vårdplaneringsteam. De två senare var givna att ingå i undersökningen samt avdelningen ITVA 80 plus, varpå dessa togs med utan lottning. Utöver dessa valdes två avdelningar slumpmässigt ut att ingå i undersökningen. Akutmottagningen ingick inte i undersökningen, då endast AT-läkare¹⁶ arbetade där. På Alingsås lasarett arbetade arbetsterapeuter och sjukgymnaster, men de var anställda av primärvårdens Närrehab och återfinns därför under urval primärvård.

En liknande indelning för SÄS, inklusive Skene lasarett, gjordes. Vid tiden för kartläggningen fanns 22 avdelningar där vårdsamverkan med kommuner skedde i större utsträckning. De tre avdelningarna Kirurgavdelning 4 inklusive palliativt resursteam, Vårdenhet för geriatrisk ortopedi och Vårdplaneringsteam inklusive TryggVE var givna att ingå i studien. För övriga 19 avdelningar valdes 8 slumpvis ut att ingå i studien. Utöver detta hade SÄS fyra avdelningar med arbetsterapi och sjukgymnastik inom enheten för rehabilitering och ortopedteknik, två av dessa valdes ut att ingå i studien. Inom SÄS finns även psykiatriavdelningar, en för barn och unga och fem för vuxna. Tre av dessa valdes ut att ingå i studien. Till SÄS hör även psykiatriska öppenvårdsmottagningar, där tre av sju vuxenpsykiatriska och två av fyra barnpsykiatriska öppenvårdsmottagningar valdes ut. Liksom för Alingsås lasarett togs inte akutmottagningen med i undersökningen.

De yrkesgrupper¹⁷ från sjukhusen som valdes ut att ingå i studien varierade mellan vårdavdelningar och rehabiliteringsavdelningar samt för psykiatriavdelningar och öppenvårdsmottagningar. De två senare avdelningarna fanns enbart på SÄS.

I enkätundersökningen hade 4 av 8 geografiska områden inom ambulanssjukvården valts ut att ingå. Eftersom det inte inkom några e-postadresser till utvalda yrkesgrupper resulterade det i att ambulanssjukvård inte ingår i undersökningen.

¹⁶ Läkare under utbildning valdes ej ut att ingå i undersökningen

¹⁷ Utvalda professioner återfinns under bilaga 2.

Urval primärvård samt Habilitering och Hälsa

För primärvårdens del ingick 26 offentliga vårdcentraler och 8 privata vårdcentraler i kartläggningen, där 11 offentliga och 4 privata vårdcentraler valdes ut att ingå i undersökningen. Av utvalda vårdcentraler valde 3 offentliga och 1 privat att inte delta. En av de offentliga vårdcentralerna som valdes ut, och som inkom med e-postadresser, föll bort från undersökningen då utvärderaren missade att lägga till e-postadresser på sändlistan. I undersökningen ingick därför 7 offentliga vårdcentraler och 3 privata. För övrig primärvård valdes 4 av 10 barnmorskemottagningar, 3 av 7 ungdomsmottagningar, 2 av 5 barn- och ungdomsmedicinmottagningar samt 4 av 10 rehabiliteringsmottagningar ut att ingå. Inom det geografiska område som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg verkar finns även ett flertal privata utförare med få anställda inom arbetsterapi och sjukgymnastik. I aktuell undersökning fattades beslut att inte låta dem ingå i studien. Främsta anledningen var att många privata utförare kommer och går. En annan var svårigheten att få en överblick över samtliga verksamma för att göra ett rättvist urval.

I Närvårdssamverkan Södra Älvsborg ingår även Habilitering och hälsa som återfinns både i Alingsås och i Borås, med olika upptagningsområden. Båda verksamheterna var vid undersökningstillfället uppdelade på barnhabilitering och vuxenhabilitering. Av dessa fyra delar lottades två ut att ingå i undersökningen. Ingående yrkesgrupper från primärvård samt Habilitering och hälsa sammanställs i bilaga 2.

Urval kommuner

De tio kommuner som ingick i undersökningen var Alingsås, Bollebygd, Borås Stad, Herrljunga, Lerum, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn samt Vårgårda. I kartläggningen delades kommunerna¹⁸ in i fem verksamhetsområden, utifrån de målgrupper som särskilt uppmärksammas inom Närvårdssamverkan. Dessa fem områden var vård och omsorg, IFO/socialtjänst, LSS/funktionshinder, socialpsykiatri samt elevhälsa. Det var inte helt enkelt att kartlägga kommunerna utifrån denna indelning, eftersom samma område kan ha olika benämning i kommunerna. Ytter-

¹⁸ Inga privata utförare inom kommunal verksamhet valdes ut att ingå i studien.

ligare kan samma område lyda under olika förvaltningar som benämns olika i kommunerna¹⁹. Vid tiden för kartläggningen benämndes exempelvis området vård och omsorg för Sektor Vård och omsorg i Lerum medan det i Alingsås hette Vård- och äldreomsorgsförvaltningen. I Vårgårda hörde samtliga fem områden till en och samma nämnd, Sektion Lärande och Omsorg.

Inom vart och ett av de fem verksamhetsområdena lottades fyra kommuner ut att ingå i undersökningen. Det resulterade i 20 delar, där varje kommun var representerad två gånger. För dessa 20 delar identifierades verksamhetschefer för att få in mejladresser till berörd personal. Totalt inkom kompletta listor från 14 av dessa. Ingående yrkesgrupper från kommunerna återfinns under bilaga 2, där de delats upp på de fem verksamhetsområdena. Några av professionerna fanns inte i alla kommuner, som exempelvis MAR och MASS.

Svarsfrekvens

Totalt skickades 1 598²⁰ webbenkäter ut till chefer och medarbetare där 966 var anställda inom Västra Götalandsregionen, 599 var anställda i en kommun och 33 var anställda på en privat vårdcentral. Av det totala antalet utskickade enkäter besvarades 913, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 57 procent. I tabellen nedan framgår antal som valdes ut och som besvarade enkäten samt svarsfrekvens, dels totalt för hela undersökningen och dels uppdelat på region, kommuner och privata vårdcentraler.

Svarsfrekvens för webbenkätundersökningen 2012.

Arbetsgivare	Antal utvalda	Antal svarande	Andel svarande
Kommun	599	429	72 %
Västra Götalandsregionen	966	472	49 %
Privat vårdcentral	33	12	36 %
Totalt för enkätundersökningen	1 598	913	57 %

¹⁹ Se matris över kartläggning av kommunernas verksamheter i bilaga 2.

²⁰ Det egentliga antalet utskickade enkäter var 1607. Vid analys av bakgrundsfrågor visade det sig att nio personer ej tillhörde utvalda yrkesgrupper för att ingå i studien, varpå de plockades bort från resultatdel.

Kommunanställda besvarade enkäten i störst utsträckning och andelen svarande var 72 procent. Ungefär hälften (49 procent) av dem som fick enkäten inom Västra Götalandsregionen och ungefär en tredjedel (36 procent) av dem anställda på en privat vårdcentral besvarade enkäten. Här framgår också att av 913 inkomna svar, kom ungefär hälften (429 svar) från kommunanställda och ungefär hälften (472 svar) från regionanställda. Viktigt att notera i sammanhanget är att antalet svarande från privata vårdcentraler endast bestod av 12 personer och utgjorde en så liten del att det inte går att dra några slutsatser i resultaten kring denna grupp.

Svarande inom Västra Götalandsregionen

De som besvarade enkäten och som var anställda inom Västra Götalandsregionen fick uppge vilken förvaltning de huvudsakligen arbetade inom. Antal och andel utvalda och svarande inom Västra Götalandsregionen redovisas nedan i tabellen, fördelat på regionens förvaltningar.

Svarsfrekvens för Västra Götalandsregionen 2012.

	Antal Utvalda	Andel Utvalda	Antal Svarande	Andel Svarande
Sjukhus totalt	649	67 %	305	65 %
Alingsås lasarett	72		30	
SÅS	577		275	
Primärvård	276	29 %	136	29 %
Offentliga vårdcentraler	125		71	
Övrig primärvård	156		69	
Habilitering och hälsa	41	4 %	24	5 %
Annan			6	1 %
Totalt	966	100 %	471*	100 %

* Bortfall var 1 person, varpå det totala antalet svarande hamnade på 471 personer

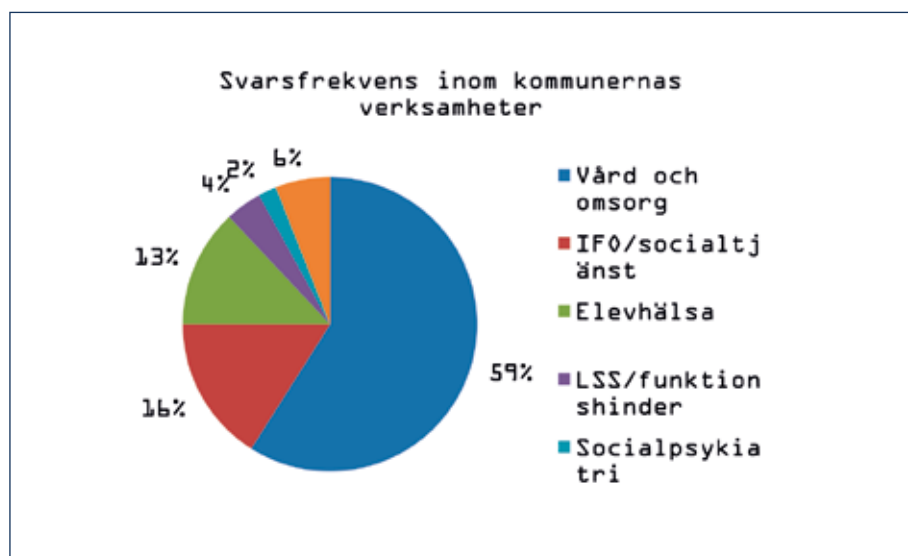
I tabellen framgår att av de 472 personer som besvarade enkäten från Västra Götalandsregionen var ungefär två tredjedelar (65 procent) anställda på sjukhus, lite mer än en fjärdedel (29 procent) var anställd inom primärvården (där hälften arbetade på vårdcentral), 5 procent var anställ-

da inom Habilitering och hälsa och 1 procent kom från annan förvaltning. De som uppgav annan förvaltning kände sig inte hemmahörande i någon av övriga nämnda förvaltningar. Exempel på annan förvaltning som angavs var särskild primärvård, Samrehab och ungdomsmottagning. Här framgår även att fördelningen över andel svarande inom Västra Götalandsregionens förvaltningar stämmer väl överens med fördelningen över andel utvalda personer. Det pekar på en likvärdig benägenhet att besvara enkäten inom regionen.

Svarande i kommunerna

Webbenkäten besvarades av 429 kommunanställda. I figuren nedan delas dessa in i respektive verksamhetsområde, utifrån andel svarande. Tyvärr kan antal och andel utvalda inom verksamhetsområdena inte redovisas, då flera av inkomna listor med e-postadresser saknade uppgifter om vilken kommunverksamhet de anställda tillhörde.

Svarsfrekvens inom kommunernas verksamheter 2012.



Andel svarande utifrån de verksamheter som denna undersökning delade in kommunerna i, baserat på det totala antalet svarande inom kommunerna.

Av de kommunanställda som besvarade enkäten arbetade mer än hälften (59 procent) inom vård och omsorg, ungefär en sjättedel (16 procent) inom IFO/Socialtjänst, ungefär en sjundedel (13 procent) inom elevhälsa, 4 procent arbetade inom LSS/funktionshinder och 2 procent inom socialpsykiatri. Här uppgav 6 procent att de arbetade i en annan verksamhet än de ovan nämnda. Flera av dem angav ett kommunövergripande ansvar, ansvar för två eller flera verksamheter eller arbete inom utbildning och inte enbart elevhälsa som orsaker till att de inte kände sig hemmahörande i de på förhand angivna kommunverksamheter.

Även om aktuell undersökning inte kunde ange urvalsstorlek för kommunernas verksamhetsområden, kunde jämförelser göras mellan utskickade och besvarade enkäter för var och en av kommunerna, vilket görs i följande tabell.

Jämförelse mellan utskickade och besvarade enkäter inom kommunerna 2012.

Kommun	Urval	Svarsfrekvens
Alingsås	7 %	6 %
Bollebygd	4 %	5 %
Borås	39 %	37 %
Herrljunga	5 %	5 %
Lerum	5 %	5 %
Mark	18 %	20 %
Svenljunga	5,5 %	5 %
Tranemo	9 %	9 %
Ulricehamn	4,5 %	5 %
Vårgårda	3 %	3 %
Totalt	100 %	100 %

Andel i respektive kommun som valdes ut att ingå i undersökningen och andel som besvarade enkäten, utifrån det totala antalet utvalda och svarande.

Av de totalt 599 enkäter som gick ut till kommunanställda, skickades 39 procent till anställda i Borås Stad, som för övrigt är den största kommunen till invånarantalet och 18 procent av enkäterna skickades till anställda i

Mark. En bidragande orsak till det stora urvalet från Marks kommun var att Samrehab arbetsterapi och sjukgymnastik hade Marks kommun som huvudsaklig arbetsgivare²¹. För Närrehab (Lerum, Alingsås och Herrljunga) gällde inte samma organisering, medarbetare inom denna verksamhet hade Västra Götalandsregionen som huvudsaklig arbetsgivare. Av de 429 enkäter som besvarades av kommunanställda kom mer än en tredjedel (37 procent) från Borås Stad och en femtedel (20 procent) kom från Marks kommun.

I tabellen framgår att andel medarbetare i kommunerna som valdes ut att ingå i undersökningen och andel medarbetare som besvarade enkäten, stämmer väl överens för var och en av kommunerna. Exempelvis kan sägas att av det totala antalet kommunanställda som valdes ut att ingå i enkätundersökningen kom 7 procent från Alingsås. Och av det totala antalet kommunanställda som besvarade enkäten kom 6 procent från Alingsås. Resultaten visar att benägenheten att besvara enkäten var ungefär lika stor bland kommunanställda, oavsett i vilken kommun de var anställda.

Svarsfrekvens för chefer och medarbetare

Det gick inte att jämföra andel utvalda chefer och medarbetare med andel chefer och medarbetare som besvarade enkäten. Anledningen var att det inte alltid framgick vilka som var chefer eller medarbetare i inskickade listor med e-postadresser.

²¹ Samtliga inom Samrehab är anställda av Marks kommun. Några av dem utför dock sitt uppdrag i Svenljunga kommun eller inom Västra Götalandsregionen. Inkomna svar visar att några av dessa personer räknar Västra Götalandsregionen eller några Svenljunga som sin arbetsgivare. Dessa svar har omdirigerats gällande bakgrundsfrågor, så att de i resultatdelen tillhör Marks kommun.

Avdelning	Avdelning	Enhet för rehabilitering och ortopedteknik (Efrö)	Psykiatriska avdelningar	Vuxenpsykiatrisk öppenvårds-mottagning	Barnpsykiatrisk öppenvårds-mottagning	Övrigt
Barn/Barnavdelning 1 och 2	Kirurgivårdsavdelning 4 inklusive palliativ resursteam	Arbetsterapiavdelning	BUP Barn- och ungdomspsykiatrisk skolkvårdsavdelning	Älvsås	Älvsås	Katrinestugan Enhet AB (Barn 177)
E31 Hjärt och lungvård Medicinsk skolkvårdsavdelning	Medicinsk skolkvårdsavdelning	S11 Arbetsterapi	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 1	Bollebygd - sam? egen??	Bollebygd - Elmsjö - egen??	
E32 Öron och infektionsavdelning	Medicinsk vårdavdelning 4	S22 Sjukgymnastik	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 2	Borås - Björklången, Centrum, Kåtrinedal??	Borås - Björklången, Centrum, Kåtrinedal??	
E41 Lungmedicinsk vård	Neonatal	Sjukgymnastikavdelning	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 3	Herrljunga - samma som Vårld	Herrljunga - samma som Älvsås	
E51 ortopedisk vård	P45 Vårdenhet för rehabiliteringsmedicin		Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 4	Lerum	Lerum - samma som Älvsås	
E61 Vårdenhet för kirurgi	P55 Vårdenhet för neurologi och reumatologi		Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 5	Mar - Skene	Mar - Skene	
E71 Vårdenhet för hematologi och onkologi	P65 Vårdenhet för stroke			Svenljunga - Kind - samma som Tranemo	Svenljunga - samma som Mar	
E81 Gynekologisk och kirurgisk vård	*P66 Vårdenhet för geriatrisk ortopedi			Tranemo	Tranemo - Solhem - samma som Borås?	
H14 Hjärtintensivavdelning	Vårdenhet 1, Skene			Ulricehamn	Ulricehamn, Solhem, samma som Borås?	
Infektion	Vårdenhet 2, Skene			Vårld	Vårld - samma som Älvsås	
Kirurgisk skolkvårdsavdelning	*Vårdsplaneringsteam inklusive TriggE					

Ambulanssjukvård	Avdelning	Mottagning	Övrigt
Alingsås	Avdelning 5 - hjärtsjukvård	Rehabiliterings- och psykiatriavdelning	Palliativ team, med smärtsektion
Borås	Avdelning 6 - akut och planerad vård		Vårdplaneringsteam
Herrljunga	Avdelning 7 - intermedicinsk skötersvård		
Lesjö	Avdelning 8 - ortopedik		
Skene	Avdelning 9 - medicin med strokeinriktning		
Svenljunga	ITVA 80 plat		
Tranemo			
Vårgårda			
Ulricehamn			

I tabellen nedan återfinns de yrkesgrupper som ingick i undersökningen från sjukhusen. Ingående yrkesgrupper varierade mellan vårdavdelningar, rehabiliteringsavdelningar och psykiatriavdelningar. De två senare avdelningarna fanns enbart på SÄS.

Utvalda professioner för sjukhus. Ett kryss motsvarar att efterfrågad yrkesgrupp finns på avdelningen. Rehabiliterings- och psykiatriavdelningar förekom endast på SÄS.

	Vårdavdelningar	Rehabiliterings-avdelningar	Psykiatri-avdelningar
Chefer på samtliga nivåer	X	X	X
Sjuksköterskor	X		X
Arbets terapeuter		X	
Sjukgymnaster		X	
Kuratorer/Socionomer		X*	X
Terapeuter/Psykologer		X*	X
Läkare (ej AT-/ST- läkare)	X		X
Dietister		X*	

*Osäkert huruvida samtliga anställdas e-postadresser kom med på sändlista.

	Alingsås	Bollebygd	Borås	Herrljunga	Lerum	Mark	Svenljunga	Tranemo	Ulricehamn	Värgårda
VG Primärvård	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc
Vårdcentral (+BVC)	Sollebrunn	Bollebygd	Boda	Herrljunga	Floda	Skene med Distrikts-ssk-mott.	Svenljunga med Distrikts-ssk-mott.	Tranemo med Distrikts-ssk-mott.	Ulricehamn	Värgårda
	Sörhaga		Dalsjöfors		Gråbo	Örby	Östra Frölunda	a. Dalstorp b. Limnared c. Långhem	Dalum	
	Vc		Vc	Vc	Vc	Kinna				
	Ångabo		Fristad	Lerum		Vc Horred				
			Vc Heimdal			Vc Sättila				
			Vc Sandared							
			Vc Sjöbo							
			Vc Stora Torget							
			Vc Trandared							
			Vc Viskafors							
	Centrum		Alliämbliken			Medhelp			Hälsöbrunnen Praktikerjänst	
Privata	Bracke Diakoni		Sleipner							
Vårdcentraler (+ BVC)	Noltorp		Bramhults vårdcentral							
	Carema		Herkules							
	Notlämnar Sövelängan		Vårdcentral (Norrby på väg att starta)							
Övrig										
Primärvård										
Barnmorske-mottagning		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja/ Ja - samv. Mark, (egen personal)		Ja	Ja
Ungdoms-Mottagning		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Barn- och ungdoms-medicinsk mott.		Ja	?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
rehabilitering region (AT/SG)	Närrehab (även Alingsås lassarett)	Aktiv Praktik-Bollebygd AB	Primärvårds-rehab Sjuk-gymnastik och arbetsterapi (även Bollebygd)	Närrehab (Team Herrljunga)	Närrehab	Samrehab (kommun, primiv, SAS Skene)	Samrehab Mark, dock egen personal	Samrehab rehav SG och AT	Primärvårds-rehab SG och AT	Värgårda Alingsås (privat)

Alingsås	Borås
Vuxenhabilitering	Vuxenhabilitering
Barnhabilitering	Barnhabilitering

I nedanstående tabell framgår att ingående yrkesgrupper varierade mellan VG primärvård och övrig primärvård.

Utvalda professioner för primärvård samt Habilitering och Hälsa

	VG primärvård & privat primärvård	Barn- morske- och ungdoms- mottagning	Barn- och Ungdoms- medicinsk mottagning	Rehabilitering	Habilitering och hälsa
Chefer på samtliga nivåer	X	X	X	X	X
Sjuksköterskor	X		X		X
Arbetsterapeuter	X		X	X	X
Sjukgymnaster	X		X	X	X
Kuratorer/ Socionomer	X	X	X		X
Terapeuter/ Psykologer	X	X	X		X
Läkare (ej AT-/ST-läkare)	X	X	X		X
Dietister				X*	
Barnmorskor		X			X
Gynekologer		X			X

*Osäkert huruvida samtliga dietisters e-postadresser kom med på sändlista.

Ett kryss motsvarar att efterfrågad yrkesgrupp finns i verksamheten. Några av de i yrkesgrupper från rehabilitering arbetar på Alingsås lasarett, men är anställda av primärvårdens Närrehab.

	Alingsås	Bollebygd	Borås	Herrljunga	Lerum	Mark	Svenljunga	Tranemo	Ulricehamn	Värmdö
Vård och omsorg	Vård- och äldre-omsorgs-förvaltningen	Omsorgs-förvaltningen	Stadsdel Öster, Väster och Norr	Vård- och omsorgs-förvaltningen	Sektor Vård- och omsorg	Social-förvaltningen	Social-förvaltningen	Omsorgs-sektionen (avdelning äldre-omsorg och funktions-hinder)	Vård	Sektion Lärande och Omsorg
IFO/ Socialtjänst	Social-förvaltningen	Omsorgs-förvaltningen	IFO = Sociala omsorgs-förvaltningen Försörjnings-stöd = Arbetslivs-förvaltningen	Individ- och familje-omsorgs-förvaltningen	Sektor Individ- och familje omsorg	Social-förvaltningen	Social-förvaltningen	Omsorgs-sektionen	Vård	Sektion Lärande och Omsorg
LSS/ Funktions-hinder	Social-förvaltningen	Omsorgs-förvaltningen	Sociala omsorgs-förvaltningen	Vård- och omsorgs-förvaltningen	Sektor Vård- och omsorg	Social-förvaltningen	Social-förvaltningen	Omsorgs-sektionen	Vård	Sektion Lärande och Omsorg
Socialpsykiatri	Social-förvaltningen	Omsorgs-förvaltningen	Sociala omsorgs-förvaltningen	Individ- och familje-omsorgs-förvaltningen	Sektor Vård- och omsorg	Social-förvaltningen	Social-förvaltningen	Omsorgs-sektionen	Vård	Sektion Lärande och Omsorg
Elevhälsa	Barn och ungdoms-förvaltningen	Barn och utbildnings-förvaltningen	Stadsdel Öster, Väster och Norr	Utbildnings-förvaltningen	Sektor Lärande	Barn och utbildnings-förvaltningen	Barn och utbildnings-förvaltningen	Lärande-sektionen	Lärande	Sektion Lärande och Omsorg

Yrkesgrupperna i tabellen presenteras utifrån de fem områdena vård och omsorg, LSS/funktionshinder, IFO/socialtjänst, socialpsykiatri och elevhälsa. I tabellen framgår att ingående yrkesgrupper varierade mellan områdena. Några av professionerna återfanns inte i alla kommuner, som exempelvis MAR och MASS.

Utvalda professioner för kommuner.

	Vård och Omsorg	LSS/ Funktions- hinder	IFO/Social- tjänst	Social- psykiatri	Elevhälsa
Chefer på samtliga nivåer	X	X	X	X	X
*MAS	X	X		X	
**MAR	X	X		X	
***MASS					X
Sjuksköterskor	X	X		****X	*****X
Arbeterapeuter	X	X		X	
Sjukgymnaster	X	X			
Biståndshandläggare	X				
LSS-handläggare		X			
Handläggare			X	X	
Kuratorer					X
Skolpsykologer					X
Specialpedagoger					X
I vissa fall skolläkare					X

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska, ** Medicinskt ansvarig för rehabilitering (finns ej i alla kommuner), *** Medicinskt ansvarig skolsjuksköterska (finns ej i alla kommuner), **** psykiatrisjuksköterska, *****skolsköterskor

Ett kryss motsvarar att efterfrågad yrkesgrupp finns i verksamheten. Några av professionerna återfanns enbart i vissa kommuner.

Bilaga 3. Urval och svarsfrekvens för delstudie B i 2013 års undersökning

Urvalet vid andra undersökningstillfället 2013 bestod av de 913 som besvarat enkäten vid första undersökningstillfället 2012, detta för att skapa förutsättningar att studera den eventuella effekten av implementeringen på kunskap och förväntningar samt förutsättningar och hinder för Närvårdssamverkan.

Svarsfrekvens webbenkätundersökningen 2013

Arbetsgivare	Antal utvalda	Antal svarande	Andel svarande
Kommun	429	219	51 %
Västra Götalandsregionen	472	283	60 %
Privat vårdcentral	12	4	33 %
Totalt för enkätundersökningen	913	506	55 %

Av tabell ovan framgår att regionsanställda var flitigast med att besvara enkäten vid undersökningstillfälle 2, andelen svarande var här 60 procent. Ungefär hälften (51 procent) av dem som fick enkäten inom kommunen och ungefär en tredjedel (33 procent) av dem som fick enkäten vid en privat vårdcentral besvarade enkäten. Av de 506 inkomna svar, kom 43 procent (219 svar) från kommunanställda och 56 procent (283 svar) från regionanställda. Viktigt att notera i sammanhanget är att antalet svarande från privata vårdcentraler endast bestod av 4 personer och utgjorde en så liten del att det inte går att dra några slutsatser i resultaten kring denna grupp.

Svarande inom Västra Götalandsregionen

De som besvarade enkäten och som var anställda inom Västra Götalandsregionen fick uppge vilken förvaltning de huvudsakligen arbetade inom. Antal och andel utvalda och svarande inom Västra Götalandsregionen redovisas nedan i tabellen, fördelat på regionens förvaltningar.

Svarsfrekvens för Västra Götalandsregionen 2013.

Förvaltning inom Västra Götalandsregionen	Antal Utvalda	Andel Utvalda	Antal Svarande	Andel Svarande
Sjukhus totalt	305	65 %	179	63%
Alingsås lasarett	30		25	
SÅS	275		154	
Primärvård	136	29 %	86	31%
Habilitering och hälsa	24	5 %	15	5%
Annan	6	1 %	3	1%
Totalt	471	100 %	283*	100 %

* Bortfall var 2 person, varpå det totala antalet svarande hamnade på 283 personer

I tabellen framgår att av de 283 personer som besvarade enkäten från Västra Götalandsregionen var ungefär två tredjedelar (65 procent) anställda på sjukhus, lite mer än en fjärdedel (29 procent) var anställd inom primärvården, 5 procent var anställda inom Habilitering och hälsa och 1 procent kom från annan förvaltning. Här framgår även att fördelningen över andel svarande inom Västra Götalandsregionens förvaltningar stämmer väl överens med fördelningen över andel utvalda personer. Det pekar på en likvärdig benägenhet att besvara enkäten inom regionen.

Svarande i kommunerna

Webbenkäten besvarades av 429 kommunanställda. I tabellen nedan delas dessa in i respektive verksamhetsområde, utifrån andel svarande.

Svarsfrekvens inom kommunal verksamhet 2013.

Förvaltning inom kommunen	Antal Utvalda	Andel Utvalda	Antal Svarande	Andel Svarande
Vård och omsorg	249	59%	136	62%
IFO/Socialtjänst	67	16%	30	14%
Elevhälsa	56	13%	31	14%
LSS/Funktionshinder	18	4%	6	3%
Socialpsykiatri	7	2%	3	1%
Annan	26	6%	13	6%
Totalt	423	100%	219	100%

Av de kommunanställda som besvarade enkäten arbetade mer än hälften (62 procent) inom vård och omsorg, en sjundedel (14 procent) inom IFO/ Socialtjänst, en knapp sjundedel (13 procent) inom elevhälsa, 6 procent arbetade inom LSS/funktionshinder och 1 procent inom socialpsykiatri. Här uppgav 6 procent att de arbetade i en annan verksamhet än de ovan nämnda. Här framgår även att fördelningen över andel svarande inom kommunens olika förvaltningar stämmer väl överens med fördelningen över andel utvalda personer. Det pekar på en likvärdig benägenhet att besvara enkäten inom kommunen.

I tabellen nedan görs en jämförelse mellan utskickade och besvarade enkäter för var och en av kommunerna. Av de totalt 429 enkäter som gick ut till kommunanställda, skickades 37 procent till anställda i Borås Stad, som för övrigt är den största kommunen till invånarantalet och 20 procent av enkäterna skickades till anställda i Mark. En bidragande orsak till det stora urvalet från Marks kommun var att Samrehab arbetsterapi och sjukgymnastik hade Marks kommun som huvudsaklig arbetsgivare. För Närrehab (Lerum, Alingsås och Herrljunga) gällde inte samma organisering, medarbetare inom denna verksamhet hade Västra Götalandsregionen som huvudsaklig arbetsgivare. Av de 219 enkäter som besvarades av kommunanställda kom mer än en tredjedel 41 procent från Borås Stad och en femtedel (20 procent) kom från Marks kommun.

I tabellen framgår att andel medarbetare i kommunerna som valdes ut att ingå i undersökningen och andel medarbetare som besvarade enkäten, stämmer relativt väl överens för var och en av kommunerna. Resultaten visar att benägenheten att besvara enkäten var ungefär lika stor bland kommunanställda, oavsett i vilken kommun de var anställda.

Jämförelse mellan utskickade och besvarade enkäter inom kommunerna 2013.

Kommun	Urval	Svarsfrekvens
Alingsås	6 %	4%
Bollebygd	5 %	3%
Borås	37 %	41%
Herrljunga	5 %	4%
Lerum	5 %	4%
Mark	20 %	18%
Svenljunga	5 %	6%
Tranemo	9 %	10%
Ulricehamn	5 %	5%
Vårgårda	3 %	5%
Totalt	100 %	100%

Andel i respektive kommun som valdes ut att ingå i undersökningen och andel som besvarade enkäten, utifrån det totala antalet utvalda och svarande.

Svarsfrekvens för chefer och medarbetare

I tabellen nedan görs en jämförelse mellan utskickade och besvarade enkäter för chefer och medarbetare. Här kan vi notera att 14 procent av enkäterna som skickades ut gick till chefer, medan 85 procent gick till medarbetare. Av de svarande var 16 procent chefer och 84 procent medarbetare. Således stämmer andelen utvalda chefer och medarbetare relativt väl med andelen svarande chefer och medarbetare.

Svarsfrekvens chefer och medarbetare 2013.

	Antal Utvalda	Andel Utvalda	Antal Svarande	Andel Svarande
Chef	126	14%	80	16%
Medarbetare	782	85%	398	84%
Inget svar	5	1%	1	0%
Totalt	913	100%	506	100%

Bilaga 4. Urval delstudie C inom områdena psykiatri och funktionsnedsättning vid var och en av de utvalda närvårdsområdena.

Psykiatri (Totalt 43 intervjuer)

Borås närvårdsområde

- 5 Kommun
- 11 region

Mark närvårdsområde

- 8 Kommun
- 3 region

Värgårda närvårdsområde

- 5 Kommun
- 5 region

Lerum närvårdsområde

- 4 Kommun
- 2 region

Funktionshinder (Totalt 18 intervjuer)

Borås närvårdsområde

- 6 Kommun
- 5 region

Mark närvårdsområde

- 3 Kommun

Värgårda närvårdsområde

- 2 Kommun

Lerum närvårdsområde

- 2 Kommun

Bilaga 5. Enkät om implementeringen av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Enkäten är utformad med påståenden för att du ska kunna beskriva vad du vet om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg och vilka förväntningar du har.

Din uppfattning är viktig för oss och vi är därför angelägna om att du tar dig tid att besvara enkäten.

Enkäten är konfidentiell vilket innebär att svaren på enkäten kommer att behandlas så att inga enskilda svar kan urskiljas i resultatet av utvärderingen.

Påståendena besvaras genom att du markerar det svarsalternativ som stämmer bäst för dig. Det är önskvärt att du inte hoppar över några påståenden.

Det går att pausa ifyllandet av enkäten och komma tillbaka vid ett senare tillfälle.

Det tar ungefär 10 minuter att fylla i enkäten.

1. Arbetsgivare

Om du ha flera arbetsgivare markera vem som är huvudarbetsgivare

- Västra Götalandsregionen
- Kommun
- Privat utförare

2. Inom vilken förvaltning arbetar du?

Om du arbetar inom flera förvaltningar, markera den förvaltning där du arbetar mest.

- Alingsås lasarett
- Södra Älvsborgs Sjukhus
- Primärvård
- Habilitering och Hälsa
- Annan, nämligen _____

3. Min arbetsplats är

Om du har flera arbetsplatser, markera din huvudsakliga arbetsplats

- Barn och ungdomsmedicinsk mottagning
- Barnmorskemottagning
- Rehabilitering
- Ungdomsmottagning
- Vårdcentral
- Annan, nämligen _____

4. I vilken kommun arbetar du?

- Alingsås
- Bollebygd
- Borås
- Herrljunga
- Lerum
- Mark
- Svenljunga
- Tranemo
- Ulricehamn
- Vårgårda

5. I vilken verksamhet arbetar du?

- Vård och omsorg
- Socialtjänst
- Socialpsykiatri
- LSS/funktionshinder
- Elevhälsa
- Annan, nämligen _____

6. Är du i huvudsak

- Chef
- Medarbetare
- Annat, nämligen _____

7. Chef

- Enhetschef/Avdelningschef
- Verksamhetschef
- Förvaltningschef
- Annan typ av chef, nämligen _____

8. Vilken tjänstebetäckning har du?

- Arbetsterapeut
- Bistånds-/LSS-handläggare
- Handläggare inom socialtjänst
- Kurator
- MAS/MAR/MASS
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Skolpsykolog
- Annan, nämligen _____

9. Vilken tjänstebetäckning har du?

- Arbetsterapeut
- Barnmorska
- Dietist
- Kurator
- Logoped
- Läkare
- Psykolog/Terapeut
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Specialpedagog
- Annan, nämligen _____

10. Vilken tjänstebetäckning har du?

- Arbetsterapeut
- Barnmorska
- Dietist
- Kurator
- Läkare
- Psykolog/Terapeut
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Annan, nämligen _____

11. Har du som sjuksköterska någon form av specialuppdrag?

Specialuppdrag kan till exempel vara att du arbetar som demenssjuk-sköterska, psykiatrisjuksköterska eller vårdplaneringsköterska.

- Ja
- Nej

Om ja, vilket specialuppdrag?

Kännedom om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Här följer några påståenden som vi vill att du tar ställning till.

Påståendena handlar om hur väl du känner till Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Kryssa i det svarsalternativ som bäst stämmer överens med din uppfattning.

12. Jag har hört talas om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

- Ja
- Nej

13. Jag har kännedom om

	Mycket liten kännedom	Ganska liten kännedom	Varken liten eller stor kännedom	Ganska stor kännedom	Mycket stor kännedom	vet ej
Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur Närvårdssamverkan Södra Älvsborg är organiserat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för mitt närvårdsområde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Företsättningar för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg
Följande påstående handlar om vilka förutsättningar som finns på den enhet där du arbetar för att genomföra Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Kryssa i det svarsalternativ som bäst stämmer överens med din uppfattning.

14. I den verksamhet där jag arbetar

	Stämmer mer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra	vet ej
finns behov av samverkan mellan kommun och region.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
är vi motiverade att arbeta med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finns behov av omorganisering för att underlätta för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har vi omorganiserat för att underlätta för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har ledningen prioriterat Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finns tillräckliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
är intentionerna med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg väl kända.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Förväntningar på Närvårdssamverkan Södra Älvsborg
Följande påståenden handlar om de förväntningar du har på Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. I texten används ordet brukare som här representerar elever, vårdtagare, patienter och klienter. Kryssa i det svarsalternativ som bäst stämmer överens med din uppfattning.

15. Jag förväntar mig att Närvårdssamverkan Södra Älvsborg bidrar till

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra	vet ej
bättre insatser för brukare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att förtydliga kommunens och regionens ansvarsområden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bättre förutsättningar för samverkan mellan kommun och region.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ökad kvalitet i vår verksamhet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ökad kunskap om andra organisationer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ökad kunskap om brukarnas behov.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
att identifiera områden där det finns behov av ökad samverkan mellan kommun och region.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinder för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg
Följande påstående handlar om faktorer som kan medföra svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan. Kryssa i det svarsalternativ som bäst stämmer överens med din uppfattning.

16. Det finns svårigheter med att genomföra Närvårdssamverkan eftersom

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra	vet ej
kommun och region har olika lagstiftning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
det råder sekretess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
det är geografiskt långa avstånd mellan ingående parter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
det finns olika värderingar mellan professioner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beslut som fattas i den enskilda organisationen inte överensstämmer med Närvårdssamverkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besluten fattas för långt från den egna verksamheten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
det finns bristande kunskap om andra aktörer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
det finns bristande förtroende för andra aktörer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tidigare utgivna rapporter från FoU Sjuhärad Vålfärd/ ÄldreVäst Sjuhärad

Rapporter:

- Rönmark, L. (2014). *Sista socialisationen. Berättelser om livskraft på äldreboendet*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Höglund, E., Frändin, K., Hörder, H. & Karlsson, P-Å. (2014). *Utvärdering av TryggVE – ett projekt för anpassade insatser till de mest sjuka äldre*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Andersson, B. & Lebedinski, L. (red) (2013). ”... men ingen pratar om de fula sidorna ...” *Rapport från en FoU-cirkel för lokal mobilisering mot cannabis*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd och Länsstyrelsen Västra Götalands län.
- Rönmark, L. (2013). *Det måste få ta tid. Metoder och synsätt i patientarbetet vid Äldrepsykiatriska teamet, Södra Älvsborgs Sjukhus*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Esbjörnson, S., Hagqvist, A. (2013). *Individuell plan enligt SoL och HSL. Till nytta för brukarna?* Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Bjerke, U., Frändin, K. (2013). *Formkontroll för äldre. En randomiserad, kontrollerad studie*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Hörder, H., Frändin, K. (2012). *Betydelsen av en intervention med fysisk träning för inaktiva äldre. Delrapport från projektet Formkontroll för äldre*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Bångsbo, A., Lidén, E. (2012). *Tvärprofessionell samverkan för patienters/brukares delaktighet i vård- och omsorgsplanering*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Lebedinski, L. (2011). *KomBas-projektet Kompetensutveckling för baspersonal – slutrapport från utvärderingen av projektet*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Lebedinski, L. (2011). *Uppföljning av de lokala Psykiatriråden i Sjuhärad/ Södra Älvsborg 2011*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.

- Beijer, E., Eriksson, B. G. (red), Greene C. J., Jess K., Karlsson Vestman, O., Karlsson, P-Å. (red) & Niklasson, L. (2011). *Verkstäder för utvärdering i välfärdsverksamheter – erfarenheter från några svenska FoU-enheter och högskolor*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Elm, M. (2010). *LÅR UT – Bättre läkemedelshandtering för äldre*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M. (2009). *Attitydförändring och nya arbetsformer för social dokumentation. En utvärdering av ett projekt inom äldreomsorgen i sju kommuner*. Rapport från FoU Sjuhärad Vålfärd.
- Rönnmark, L. (2008). *Rollen som brukarsamordare i psykiatrin*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Lebedinski, L. (2008). *Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Lebedinski, L. (2008). *Miltonprojektet: SamKom – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Esbjörnson, S., Björkman, I., Henriksson, A., Lidskog, R., Sjören, M., Wessbo, G. & Karlsson, P-Å. (2008). *Så tycker brukarna om äldreomsorgen i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo 2008 jämfört med 2004*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Källman, U. (2008). *Virtuellt Sårcentrum – ett koncept för kunskapspridning. Slutrapport Virtuellt Sårcentrum*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Nordström, M. & Redberg, P. (2007). *Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Hanson, E., Magnusson, L., Winqvist, I. & Sennemark, E. (2006). *Meningsfull vardag i särskilt boende i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M. (2006). *Nulägesbeskrivning av projektet Social dokumentation. Våren 2006*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

- Höglund, E. (2006). *FoU-projektet Social dokumentation. Redogörelse för arbetet 2004–2005*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Nordström, M., Niemi, M. & Redberg, P. (2005). *Vad gör de som hjälper gamla i hemmet? En studie om samverkan och kompetens inom äldreomsorgen*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Ehrnlund, L., Essedahl, L., Süvari, K. & Karlsson, P-Å. (2005). *Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Samrehab i Mark-Svenljunga*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Karlsson, P-Å., Höglund, E. et al. (2005). *Brukare om sin äldreomsorg – i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Sennemark, E., Hanson, E. & Magnusson, L. (2005). *Jag har ju barnen som kommer... Äldres hälsa och levnadsvillkor; en intervjuundersökning med vård- och omsorgsberoende i Sjuhäradsbygden*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Brovall, C., Hanson, E., Magnusson, L, et al. (2004). *Mål och policy vid palliativ vård och vård i livets slutskede för äldre och deras närstående i Tranemo – Ett gemensamt synsätt*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Johnsson, L. (2003). *Handledning av biståndsbedömare*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Nilsson, M. & Magnusson, L. (2002). Publ. 2003. *Hälsa och livssituation i relation till fallolyckor bland äldre personer i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Andersson, B-A., Hanson, E., Magnusson, L., Lidskog, R. & Holm, K. (2002). *Informationscentrum för äldre och närstående i Sjuhärad. Slutrapport till Socialdepartementet 2002-09-25*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Källman, U. & Andersson, B-A. (2002). *Virtuellt sårvårdscentrum i södra Älsborg – Kartläggning av förutsättningarna för en etablering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Ingemansson, M., Nilsson, M. & Sonn, U. (2002). *Rehabilitering för äldre – guide vid val av mätinstrument*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Arbetsrapporter och delrapporter:

- Mensas, L. (2014). *Parenting Young Children – PYC*. Rapport från tre års utvecklings- och implementeringsarbete.
- Winqvist, M., Magnusson, L., Bergström, I., Beyhammar, K., Eriksson, B., Follin, A., Forsgren, A., Forsman Björkman, C., Göransson, M., Göransson, S., Höglund, E., Larsson, A-C., Lerman, B., Mannefred, C., Takter, M., Talman, L., Tomazic, D., Wesser, E. & Hanson E. (2013). *Stöd till anhöriga – erfarenheter från åtta kommuner 2010–2012*.
- Andersson, E. & Hultin, M. (2013). *Forskning och utveckling i samverkan? En extern utvärdering av FoU Sjuhärad Vålfärd*.
- Carlén, M., Esbjörnson, S. & Löfström, M. (2013). *Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg – Delrapport 1*.
- Lebedinski, L. (2013). *Dialektisk beteendeterapi som arbetsplatsverktyg. Utvärdering av DBT-färdighetsträning för ett team vid vårdavdelning 3 på Vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus*.
- Beijer, E., Eriksson, B. G., (red), Gustafsson, M., Hagqvist, A., Hansson, M., Karlsson, P-Å., (red), Käcker, P., Larsson K., Mensas L., Niklasson L. & Palm, L. (2012). *Handbok för utvärderingsverkstäder*.
- Mannefred, C. (2012). *Utveckling av stödet till anhöriga i Borås Stad 2010–2011*.
- Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av Närvårdskansliets geografiska lokalisering och organisatoriska placering*.
- Lebedinski, L. (2012). *Utvärdering av projektet Vita villan i Tranemo kommun. Ett projekt finansierat av Europeiska socialfonden, programområde 2, ökat arbetskraftsutbud*.
- Aasmundsen, W., Flodman, H. (2012). *Bedömning av begåvningsmässigt funktionshinder i vuxen ålder – en studie av neuropsykologers metoder*.
- Ehlersson C., Hjort E., Karlsson M., Rönmark L. (red) & Tenefors J-E. (2011). *Enhetschefer undersöker sin roll – ett FoU-projekt i Sjuhärad*.

- Craaford, J. Glemne, M., & Nygren, L. (2011). *Protesförsörjning av benamputerade i Sjuhäradsbygden*. Studie 1 – Faktorer som påverkar den fysiska förmågan och protesförsörjning, samt resultaten av dessa faktorer hos benamputerade på Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås
- Borgvall, L. & Svegelius, E. (2010). *Möten över gränser – Trädgårdsrummet som en möjlig mötesplats*.
- Bångsbo, A. & Lidén, E. (2010). *Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet*.
- Esbjörnson, S. (2010). *LOV i Sjuhärad. En förstudie om kundval*.
- Lidén, E. (2009). *Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Social dokumentation inom äldreomsorgen (2009)*. Kortversion av två projektrapporter.
- Höglund, E. & Hallberg, M. (2009) *FoU-projektet Social dokumentation – en redogörelse för arbetet 2006–2008*.
- Andersson, E-L. (2009). *Vad gör tidigare medarbetare vid ÄldreVäst Sjukhärad nu och vad betydde uppdraget för dem?*
- Andersson, E-L. & Alth, C. (2009). *Uppföljning av Informationsarbetet vid ÄldreVäst Sjukhärad*.
- Redberg, P. (2008) *Arbetsterapeuters och Sjukgymnasters syn på projekt HemRehabs inledningsskede*.
- Danung, C. & Salomonsson, S-B. – med forskarstöd av Rönmark, L. (2008). *BRASS – BRukare och personliga ASSistenter i samverkan*.
- Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M. (2008). *På väg mot social dokumentation*. Mittrapport från utvärdering av projektet Social dokumentation.
- Lindgren, L. (2008) *Största möjliga lycka till största möjliga antal äldre och funktionshindrade*. Utvärdering av ÄldreVäst Sjuhärads publikationer och aktiviteter.

FoU Sjuhärad Välfärd

FoU Sjuhärad Välfärd är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom välfärdsområdet och behovsområdena barn och unga, familjer i utsatta livssituationer, funktionshinder, missbruks- och beroendeproblematik, socioekonomiskt utsatta grupper samt äldre. Huvudmålet för verksamheten är att bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen och ökad vård- och omsorgskvalitet för behovsgrupperna genom att:

- genomföra utvecklings- och forskningsprojekt tillsammans med verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- stärka och utveckla samverkansformer mellan verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- förnya och utveckla arbetsmetoder och verksamhetsformer,
- sprida erfarenheter och resultat från forskning och utveckling samt
- medverka till ett kunskapsbaserat arbetssätt.

Ägarparter är kommunerna i Sjuhäradsområdet, Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Flera frivilligorganisationer och studieförbund stödjer även verksamheten.

FoU Sjuhärad Välfärd administreras av Högskolan i Borås och finns även i högskolans lokaler. Läs mer om FoU Sjuhärad Välfärd på webbplatsen www.fous.se – där finns även möjlighet att beställa tidigare utgivna rapporter.



BOLLEBYGDS
KOMMUN



BORÅS STAD



HERRLJUNGA KOMMUN



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION



Mark



SVENLJUNGA
KOMMUN



TRANEMO
KOMMUN



ULRICEHAMNS
KOMMUN



Vårgårda kommun



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Besöksadress: Högskolan i Borås, Allégatan 1

Postadress: Högskolan i Borås, FoU Sjuhärad Välfärd, 501 90 Borås

Telefon: 033-435 40 00

E-post: fous@hb.se

Webb: www.fous.se